M. ȘELARU DORINA DONCIU

PERSONALITĂȚI PATOLOGICE

– studii de psihiatrie –

II

Editura „DOSOFTEI"
IAȘI, 1997

M. ŞELARU — DORINA DONCIU

PERSONALITĂȚI PATOLOGICE

STUDII DE PSIHIATRIE

II

IAȘI
1997

ISBN 973—9135—41—2

M. ȘELARU

Profesor Clinica de Psihiatrie
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa" Lași

DORINA DONCIU

Medic primar psihiatru
Spitalul Universitar de Psihiatrie „Socola" Iași

PERSONALITĂȚI PATOLOGICE

(istoric, aspecte etiopatogenetice)

STUDII DE PSIHIATRIE

II

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 2816
Biblioteca Personală

IAȘI
1997

DE ACELAȘI AUTOR:

- **COMPORTAMENTUL SEXUAL ABERANT,** 367 p., Edit. Moldova, Iași, 1993.
- **IDEI DELIRANTE ȘI DELIRURI,** 325 p., Edit. Glasul Bucovinei, Iași, 1993.
- **ISTERIA SAU NEVROZA DE CONVERSIUNE ȘI NEVROZA DISOCIATIVĂ,** 375 p., Edit. Glasul Bucovinei, Iași, 1993.
- **HALUCINAȚIILE,** 435 p., Edit. Glasul Bucovinei, Iași, 1993.
- **CRIZELE EPILEPTICE,** 422 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1994.
- **DRAMA DISCORDANȚEI PSIHICE,** 260 p., Edit. Moldova, 1994.
- **HIPNOZA - ISTORIC — CONCEPȚII,** 251 p., Edit. Moldova, Iași, 1996.
- **HIPNOZA — METODE ȘI TEHNICI,** 348 p., Edit. Moldova, Iași, 1996.
- **SCHIZOFRENIA** — în colaborare — 160 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1996.
- **SCHIZOFRENIA** — în colaborare — **STUDII DE PSIHIATRIE,** 266 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1996.
- **POLIVALENȚA CONDIȚIEI UMANE — STRUCTURI TEMPERAMENTALE,** 258 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1996, în colaborare cu DORINA DONCIU.
- **PERSONALITĂȚI PATOLOGICE** — în colaborare cu DORINA DONCIU — **STUDII DE PSIHIATRIE,** 300 p., Edit. Dosoftei, Iași, 1997.

LUCRĂRI SUB REDACȚIA:

- M. ȘELARU, P. BRÂNZEI — **ASISTENȚA BIO-PSIHO-SOCIALĂ A COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR CU DEFICIENȚE NEURO-PSIHICE,** Iași, 620 p., 1984 (multiplicat).
- P. BRÂNZEI, M. ȘELARU — **ASISTENȚA MEDICO-PSIHO-PEDAGOGICĂ A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI,** 600 p., Iași, 1984 (multiplicat).
- M. ȘELARU, P. BOIȘTEANU, V. CHIRIȚĂ — **IN MEMORIAM, P. BRÂNZEI,** 280 p., Edit. Psihomnia, Iași, 1996.

CRITERIILE DIAGNOSTICULUI CLINIC AL PSIHOPATIILOR

În abordarea acestui capitol ne lovim de o serie de dificultăți pe care va trebui să le luăm în considerație. În primul rînd se pune problema în ce măsură o anumită formă de manifestare patologică este sau nu caracteristică psihopatului. Din acest punct de vedere trebuie să subliniem că a considera izolat unul sau altul din simptomele psihopatologice ale personalităților patologice nu ne va conduce la găsirea unor elemente specifice, dacă nu raportăm acest simptom la personalitatea patologică, considerată în unitatea ireductibilă bio-psiho-socială a manifestărilor sale, la modalitățile dizarmonice de integrare a tuturor proceselor psihice și de integrare aberantă ideo-afectivă. Dar raportarea unicității și a elementului de integrare la nivelul unei persoane singulare, în luptă cu propriile instincte, obișnuințe, sentimente aberante, contradictorii nu ne duce decît la considerarea trăsăturilor individuale care în adevăr au caracterul de specificitate în sensul că aparțin unei persoane patologice al cărei gîndire este subminată de afectivitate și în dezacord cu voința. Așa cum spunea Busemann persoana umană se aseamănă „unui peisagiu în care diversele locuri sînt văzute și în specificitatea lor, dar și în integrarea lor". A aborda specificitatea și integrarea deja înseamă să efectuiezi analize și sinteze dar nu asupra unui „peisaj exotic" rar, ci asupra acestui „peisagiu psihic dizarmonic" care face parte integrantă, atît cu notele individuale cît și cu cele generale integrative, din ansamblul unei societăți cu moravurile, obiceiurile, deprinderile, datinile caracteristice și care se manifestă într-o anumită perioadă istorică. Analiza structurală a persoanei va presupune nu numai investigarea structurii simptomatologice care reprezintă forma de manifestare exterioară a unor structuri profunde, fundamentale, ci însăși investigarea a ceea ce este esențial

în aceste structuri complexe de natură bio-psiho-socială. De aceea, însăși enunțarea unei simptomatologii va trebui să țină seama de modul în care se face integrarea și deci de sinteza unor solicitări de mediu natural și social în nivelul structurilor biologice și psihologice considerate permanent în corelația lor socială, axiologică, în armonia manifestărilor etc.

Dar unitatea și specificitatea presupune în mod necesar abordarea în timp a acestor trăsături și de aceea, un alt caracter care trebuie luat în considerare este *continuitatea și stabilitatea acestor manifestări*, ceea ce ne apropie de *criteriul clinic al cronicității dizarmoniei personalității*. Pe baza acestor trăsături (*a stabilității, continuității sau cronicității*) se pot face considerații asupra *dinamicii personalității psihopatice*, se corelează starea prezentă cu această *dezvoltare dinamică, fazică, dizarmonică și cronică* și se poate emite un prognostic asupra modalităților de comportare în viitor. De aceea, ni se pare că adoptarea punctului de vedere dinamic în studiul semiologiei psihopatiilor este esențial pentru a le putea diferenția de alte manifestări apropiate dar care nu poartă caracterul de cronicitate și care se pot întîlni accidental în condiții negative chiar și la o personalitate normală ce reacționează eventual aberant în condiții excepționale.

Pe de altă parte răspunsul comportamental nu-l putem considera la nivelul unei concepții behavioriste în cadrul proceselor simplificatoare de „stimul-răspuns", fie măcar și pentru simplul motiv că integrarea nu presupune o scurtcircuitare psihică la nivelul unor scheme biologice elementare, din care este exclusă amprenta istoriei dezvoltării personalității și în care „eul", „conștiința de sine", „spiritul critic" se interpune în această schemă subiectul modificînd răspunsul, inhibîndu-l sau amînîndu-l la nivelul specific al condiției umane și în raport cu trăsăturile temperamental-caracteriale. La acest nivel, intervine desigur psihologia socială, psihologia culturii cu elementele pozitive pe care le aduc fiecare din ele și care servesc psihiatrului prin plusul de informație pe care i-l oferă. Desigur că tot aici se articulează studiul simptomatologiei psihopatiilor cu caracterul axiologic al manifestărilor personalității.

Dat fiind faptul că omul are în ființa sa socială, structuri animale, ni se pare că studiul simptomatologiei psihopatiilor trebuie să țină seama de această particularitate și impune o permanentă raportare la criteriul axiologic, al valorii, deși

criteriul axiologic nu este considerat ca absolut necesar în abordarea psihopatiilor.

Este interesant să se admită, *în cazul personalităților patologice,* că *voința este deficitară,* că aceste personalități prezintă incapacitatea evidentă de amînare a tendințelor primare pulsionale, că nu pot lupta în mod eficient împotriva automatismelor, a pornirilor impulsive, că voința care este „o rezistență la pantele de facilitate, la îmbierile hedonice pe care ni le sugerează natura noastră", nu poate în cazul psihopatiei să-și exercite în mod optimal acțiunea sa frenatorie sau de amînare. „Fenomenul volitiv — scrie M. Ralea — e o depășire a plăcerii", o rezistență în fața tentațiilor, sau față de „seducția exercitată de sentimente, plăceri, vicii, slăbiciuni" (M. Ralea). Pe de altă parte *„Specificul voinței nu este docilitatea ci înfruntarea"* (M. Ralea), (Subl. MS), generate de motivații temperamentale, de aici „atitudinea intimă conformă modalităților caracterului nostru". Dar temperamental — caracterial personalitatea patologică este dizarmonică și este mai mult înclinată spre atracțiile plăcute și facile. Dar oricum am privi *„în definiția voinței intră implicit un element moral. Voința începe atunci cînd acțiune este oprită în alegerea uneia din două tendințe în conflict"* și subliniem de asemenea că *„Voința încorporează evoluția psihică omenească Ea e funcția superioară prin excelență.* În ea procesul de așteptare în vederea unei rezoluții ideale se realizează integral" — scrie M. Ralea (subl. ns., M. Șelaru).

Din cele expuse mai sus se desprinde pe de o parte concluzia că *dizarmonia cuprinde interfuncționalitatea intrapsihică în totalitatea sa, că această dizarmonie este alimentată din interior de ceea ce este primar (arhi- sau paleopsihic) în structurile sufletești umane,* iar pe de altă parte această dizarmonie angajînd și deturnînd voința de la ceea ce este specific uman, *implică elementul moral* și atunci *urmează ca în studiul personalității patologice criteriul axiologic în definirea acestei dizarmonii, chiar dacă nu trebuie luat în considerare în mod explcit, nu va trebui de aici expulzat din raționamentul clinic în mod implicit.*

Trebuie să atragem atenția aici asupra pericolului de a acorda o atenție exclusivă acestei laturi axiologice, ceea ce va avea drept rezultat reducerea conceptului de personalitate (armonică sau dizarmonică) la conceptul de valoare așa cum se petrec lucrurile în psihologia și psihiatria fenomenologică sau de orientare existențialistă.

Dar aceste criterii ar fi incomplete dacă nu am lua în considerare *criteriul intensității manifestării psihice aberante în strînsă corelație cu cele al duratei, al cronicității, specificității* și *al semnificației* pe care totdeauna va trebui să le raportăm la trăsăturile biologice și sociale, pentru a deosebi o manifestare psihică anormală la un moment dat, dar manifestată de un om normal sau din contra, în cazul unei psihoze în care nu mai există discernămîntul asupra propriei persoane și a interrelațiilor sociale. De aceea sîntem de acord cu punctul de vedere formulat de K. Schneider care spune că : „...personalitățile anormale (și cu ele personalitățile psihopatice) nu sînt de loc „morbide"... În mod fundamental personalitățile anormale sînt de separat net de psihozele ciclotimice și schizofrenice pe care noi le considerăm pe bună dreptate ca morbide".

Deși clasificarea clinică a psihopatiilor se bazează mai mult pe aspectul caracterologic, trebuie să recunoaștem împreună cu K. Schneider că noi nu dispunem încă pînă în prezent de un „sistem caracterologic larg", iar unele forme clinice sau diagnostice descrise au un caracter relativ și de frecvente ori artificial deși fac efortul să se refere la totalitatea individului, fapt care s-ar explica în parte „mai ales prin aranjamentul bipolar al proprietăților". K. Schneider, deși recunoaște că „personalitățile anormale reprezintă variații înnăscute, cel mai adesea bine stabilite, modificabile totuși chiar într-o bună măsură prin dezvoltarea și oscilațiile „fondului lor psihic" netrăit, prin acțiunea întîmplării sau a evenimentelor, în sensul cel mai larg", totuși consideră că „...*proprietățile psihopatice sînt exagerări ale proprietăților individuale normale*", (subl. ns. MS) ceea ce desigur crează confuzie în ceea ce privește delimitările de nevroze, sau de ciclotimie sau schizotimie, sau de multe din izbucnirile afective care pot apare la un om normal din punct de vedere psihic.

De asemenea, în studiul simptomatologiei psihopatiilor este necesar să se evidențieze și să fie luate în considerare „simptomele somatopatice" (Kurt Schneider) simptome care pot să apară la psihopați și care pot accentua labilitatea neuro-vegetativă dar care la o persoană dizarmonică deși pot de asemenea accentua intensitatea manifestărilor psihopatologice, nu pot însă s-o determine. Tot în cadrul simptomatologiei somatice, trebuie să luăm în considerare, corelînd cu studiul istoriei personalității, manifestările psihopatologice aberante care țin de o leziune organică determinată ce debutează odată

cu boala somatică sau după instalarea sa. În acest caz trebuie să admitem existența sindroamelor psihopatiforme de natură somatopatică *(personalitățile patologice organice)*.

Nu trebuie însă nici într-un asemenea caz să absolutizăm trasarea granițelor deoarece o somatopatie (personalitate patologică organică), se pot grefa pe trăsăturile personalității dizarmonice amplificîndu-i sau complicîndu-i manifestarea patologică. Tot în cadrul acestor relații se impune permanenta raportare la etapele de dezvoltare ale personalității și în acest sens vor trebui luate în considerație epoca pubertății cu toate transformările sale neuro-endocrino-umorale care de cele mai multe ori developează caracteristicile patologice ale unei personalități dizarmonice cu manifestări anormale prepuberale sau se impune de asemenea să se aibă în vedere perioadele de meno-sau andropauză care pot atenua unele trăsături ale psihopatiei sau din contra să le exacerbeze forma de manifestare sau să determine apariția unor noi trăsături ca de exemplu interpretările paranoide, manifestările isteroide etc., ce pot apare la vîrsta adultă sau înaintată. În asemenea cazuri se impune cu necesitate studiul atent și detaliat al istoriei dezvoltării longitudinale a personalității fiecărui caz în parte și de asemenea de precizat momentul cînd a survenit și s-a adăugat o suferință viscero-umoral-metabolică.

P. A. Baxer (1993) a studiat potențialul violent de comportament la locul de muncă a personalităților paranoide, paranoia și schizofrenia paranoidă ca și în alte sindroame paranoide. În timp ce marea majoritate a subiecților cu ceste simptome nu sînt violenți în microgrupurile productive, aceștia evidențiază totuși uneori un comportament violent, ca reacție la convingerea că atît colegii cît și superiorii lor îi supraveghează sau îi persecută. De altfel se cuvine să menționăm că de multe ori este dificil să se deosebească la vîrsta adultă sau presenilă o personalitate patologică paranoidă cu simptome manifeste, evidente, de o paranoia care-și ține în surdină delirul, cunoscut fiind că bolnavii de paranoia, tocmai datorită unei asemenea împrejurări, sînt mult mai numeroși în societate și se pot întîlni ca procesomani pe sălile tribunalelor sau în alte împrejurări ale vieții sociale, decît în spitalele de psihiatrie, unde de obicei ajung după conflicte grave consumate în microgrupul familial, socio-profesional sau macrosocial. Și fiindcă a venit vorba de paranoia menționăm că este deasemenea foarte greu, atît sub raport diagnostic cît și ca responsabilitate cu implicații medico-sociale, să deosebim și să afir-

mămă o dezvoltare paranoică pe fondul unei personalități paranoide, în condiții de cultivare în cadrul unui colectiv sau a unor macrogrupuri a unor asemenea personalități. Asistăm în acest caz la o dezvoltare paranoică sau o „paranoia de seră" sau „paranoia de cult a personalității paranoide", persoana respectivă identificîndu-se cu calitățile ce i se atribuie din diverse interese și cu motivații din cele mai aberante uneori. Nu este deloc exclus ca inclusiv în cadrul unor secte religioase să se ajungă la identificarea hetero și autosugestiv construită, șeful să se considere Superman sau chiar Dumnezeu. Precum vedem nu numai frica poate naște monștri. Cum însă fenomenul de care ne ocupăm este cu mult mai complex, ne oprim doar la această schițare sumară a unei modalități de modelare, prin dezvoltare patologică și nu numai în condiții psihotraumatizante cum sînt înclinați unii să considere dezvoltarea. Cînd ești prea sus și ai început să ai supuși nici o posibilitate de dezvoltare într-un sens sau altul nu este exclusă, la fel ca și atunci cînd te afli și mai jos situat pe scara ierarhiei sociale și nu ți se recunosc meritele reale pe care un om le are. În ultima, ca și în prima situație este nevoie de structuri puternice temperamentale și îndeosebi de *mari caractere* pentru a nu dezvolta o simptomatologie aberantă sau alienantă.

Cunoscîndu-se puține lucruri cu privire la bazele biologice ale psihopatiilor se recurge la termenii generali de *„constituție"*, de *„înnăscut"* de *„dezvoltare"* și de aici s-a recurs la o clasificare a psihopatiilor pe baza psiho-fizice constituționaliste cu o simptomatologie considerată corespunzătoare și particulară biotipatologică. Cum însă clasificarea psihopatiilor se face după principiile unei caracterologii nesistematizate, descrierea simptomatologiei lor recurge și la termenii unei *patocaracterologii* exclusive ceea ce face ca mulți psihiatri să confunde psihopatiile cu caracteeriopatiile, și avînd în vedere că trăsăturile de caracter sînt de natură predominant psihosociogenă, de multe ori psihopatiile sînt asimilate și unor tulburări de origine pseudominant datorată unor influențe sociale negative, perturbări denumite pe drept și *socioze* sau *milioze* (*milieuses*).

Delimitarea psihopatiilor și prin urmare expunerea semiologiei lor întîmpină dificultăți și din cauză că deși se admite că ele reprezintă anomalii înăscute ale personalității, totuși asupra noțiunii de personalitate nu există o înțelegere unanimă referitor la conținutul și limitele sale. De aceea, unii nu vor descrie trăsăturile temperamentale și chiar dacă o

fac insistă asupra caracterului exploziv din acest cuplu dinamic temperament-caracter. Foarte rar sînt de asemenea luate în considerație trăsăturile proceselor de voință în relațiile sale cu afectivitatea și cu particularitățile înăscute de sistem nervos.

Cu toate că sistemul caracterologic stă la baza psihopatiilor trebuie să amintim că formele clinice descrise țin mai ales de nevoile sistemului iar faptele clinice ne-o dovedesc permanent, că trăsăturile unei varietăți de psihopatie se întretaie cu alte varietăți și că între aceste forme clinice precis delimitate există numeroase tranziții.

În atare cazuri un rol important revine în elaborarea diagnosticului, judecății clinice cu caracter intuitiv în care pregătirea teoretică și experiența metodologică au un rol important. Alături de judecata clinică intuitivă un rol important revine metodelor obiective de investigație ca un auxiliar valoros și eficace în mîinile clinicianului.

Avînd ca punct de plecare definiția pe care o dă P. Brânzei psihopatiilor ca : „personalitate dizarmonică cu funcțiile de cunoaștere bine dezvoltate și anormalități caracteriale (agravate în condiții negative de mediu) caracterizate prin pervertirea sau agenezia sentimentelor moral-sociale, egofilie și psihoplasticitate morbidă" vom reține definiția ca fiind caracteristică pentru simptomatologia psihopatiilor.

Personalitate dizarmonică înnăscută sau cîștigată din prima copilărie cu o evoluție cronică și care din punct de vedere sindromatic se caracterizează prin funcții de cunoaștere relativ bine dezvoltate (percepție, atenție, memorie, reprezentare, imaginație, judecată) sau satisfăcător dezvoltate (se interferează cu oligofrenia), dar cu incapacitate de frînare asupra pornirilor instinctiv-emoționale care relevă totodată o hipogenezie ce merge pînă la agenezia sentimentelor moral-sociale, în prezența discernământului asupra conținutului și urmărilor actelor întreprinse.

M. Rodriguez (1993) a studiat pe un număr de 42 femei funcțiile cognitive, istoricul familial de alcoolism, comportamentul antisocial și consumul abuziv de droguri, în special heroină. În acest grup gîndirea abstractă verbală s-a constatat un nivel cognitiv scăzut, fenomen care este explicat de autor prin alcoolismul familial și prin comportamentul antisocial, mai mult decît datorită drogurilor.

Vom reține ca fiind caracteristice pentru simptomatologia psihopatiilor următoarele :

1. *Cronicitatea dizarmoniei personalității,* care apare în stadiul infantilo-juvenil cu exacerbări în perioadă pubertară, la meno sau andropauză, exacerbări care evoluează sau nu dependent de factorii sociali, constrîngere familială, școlară, judiciară, sau în condițiile unei relaxări a acestor constrîngeri.

După Trillat :

a) dezechilibrul mintal al psihopatului este o stare permanentă, are de la început un istoric constituit din tulburări de caracter și de conduită. Copilăria este marcată de anomalii ale emotivității și caracterului. Psihopatul copil este impresionabil, excitabil, este subiectul simpatiilor și antipatiilor bruște, ale acceselor de mînie la cea mai mică contrariere ale actelor de violență. Foarte ușor devine trist, neglijent, apatic, greu educabil pentru că suportă greu constrîngerea și regularitatea. Frecvent fuge de acasă sau de la școală, uneori are tentative de suicid.

Psihopatul poate avea imaginație bogată și inteligență vie, cu toate acestea face dovada unei lipse de reflexie și de judecată. Vagabondajul și furtul sînt întîlnite frecvent la această categorie de copii. Ei nu se pot fixa la o muncă regulată ce necesită eforturi repetate și susținute datorită instabilității. Au tendință spre tot ce este excesiv și excentric, doresc gloria, aventura, norocul.

b) Reacțiile psihopaților — reacții psihogene după Braun (1928) sînt : fugile, suicidul, fenomenele paroxistice, alcoolismul și recurgerea la toxicomanie, conduitele antisociale și amorale.

Fuga — este adesea o reacție pentru a scăpa de o dificultate de nerezolvat, dintr-un mediu cu care psihopatul este în continuu dezacord sau este un mijloc de șantaj, o iluzie de aventură și libertate.

Suicidul sau pseudo-suicidul cu caracter de șantaj are caracter de soluție sau de revoltă. Uneori din cauza labilității emoționale, suicidul se datorește unor bruște oscilații de dispoziție la dezechilibrații cicloizi.

Fenomenele paroxistice (siderații emoționale după Braun) apar în urma unui șoc emotiv sau la amintirea unei relații vechi și constau în întunecarea bruscă a cunoștinței cu fenomene oniroide și fenomene somatice de angoasă. Mai pot fi reacții clastice lucide sau oniroide, crize de agitație și tremurături. După Ey (1950) aceste crize sînt amestecate cu comportament aberant (revoltă, gelozie, tendință la suicid,

manifestări teatrale) la femeie, iar la bărbat prin auto-sau hetero-agresiune.

2. *Egofilia.* Bolnavul raportează totul la propria sa persoană și ceea ce este important se comportă astfel încât consideră că totul se cuvine în exclusivitate propriei persoane. Sentimentele altruiste pentru familie și societate sunt șterse, dar apar hipertrofiate până la o adevărată caricaturizare sentimentele pentru propria persoană. Se constată la psihopați o adevărată orbire afectivă pentru bucuriile, suferințele, trebuințele, tendințele, aspirațiile persoanelor din anturajul familiar sau social. Chiar dacă participă subiectiv la solicitările afective ale mediului social ambiant, o face în cadrul egoismului și în măsura în care interesele personale sunt afectate într-un mod sau altul. Chiar atunci când face declarații de dragoste are motivația sa egofilă sau instinctivă fără ca realmente să fie angajat afectiv. Chiar dacă manifestă scene de gelozie o face fie pentru a poza în scopul obținerii unui avantaj, fie pentru a subjuga și apoi a umili în mod permanent. În fața egofiliei psihopatului cad toate valorile și criteriile moralei colective și în locul legilor morale sau juridice se impune cu drept ineluctabil formula care nesocotește legea și morala : „așa vreau, așa fac", „aceasta-mi este interesul și nu-mi pasă de nimeni", etc., etc. Definiția lui K. Schneider, după care *„personalitățile psihopatice sunt cele care suferă din cauza anormalității lor sau din cauza anormalității lor suferă societatea"* ni se pare adevărată numai pentru a doua parte care evidențiază punctul de vedere axiologic (sociologic) care deși „nu interzice utilizarea sa pur psihologică" nu evidențiază totuși această trăsătură egofilă cu caracter central, nuclear în semiologia psihopatiilor. K. Schneider evidențiază grupa psihopaților vanitoși la care subliniază orgoliul, dar și indiferența în relațiile cu oamenii, precum și calomnia. Trăsătura egofilă apare atît la psihopații istero-impulsivi sau paranoizi, care supraestimează „prejudiciile" care le-au fost aduse, susceptibilitatea lor extremă traduce de asemenea trăsătura egofilă deosebit de pronunțată. Susceptibilitatea egofilă se întâlnește de asemenea la psihopații explozivi, anakaști sau obsedați, hipertimici sau afectivi etc.

Psihopații, pe baza trăsăturii lor egofile, vor asimila și subordona interesele familiei propriilor lor interese, vor antrena persoanele din afară într-un sistem de relații care să permită și față de care să-și justifice pseudologic această comportare. Mijloacele de a-și realiza tendințele și aspirațiile per-

sonale vor fi diverse, de la minciună la şantaj şi de aici pînă la acte de violenţă, nimic nu-l va împiedica să se realizeze. Chiar atunci cînd un psihopat prezintă manifestări psihastenice, egofilia sa va determina subordonarea familiei actului obsesiv sau va impune în mod tiranic aceste acte anormale familiei. Chir dacă psihopatul suferă din cauza anomaliei sale, suferinţa sa se toarnă în matriţele trăsăturilor egofile.

La Rochefoucault caracteriza magistral egoismul, descriindu-l astfel : „Egoismul este iubirea de sine şi a tuturor lucrurilor pentru sine ; el îi îndeamnă pe oameni să se îndrăgostească de ei înşişi şi i-ar preface în despoţi faţă de ceilalţi, dacă norocul le-ar sări în ajutor. Egoismul nu popseşte nici măcar o clipă în afară de sine şi se opreşte asupra unor obiecte străine numai atâta vreme cât îi trebuie spre a-şi extrage ce-i foloseşte, precum albinele pe flori. Dorinţele îi sunt năvalnice, proiectele tainice, purtările îndemânatice ; e neînchipuit de mlădios şi prefacerile lui depăşesc pe acelea ale metamorfozei, după cum decantările sale le întrec pe acelea ale chimiei. Minciunile nu-i pot fi explorate şi întunericul ce domneşte în abisurile sale e de nepătruns. Acolo, ascuns de cele mai ascuţite priviri, dă mii de imperceptibile târcoale ; acolo rămâne tăinuit propriei sale cunoaşteri ; acolo concepe, nutreşte, edifică, fără a-şi da măcar seama un mare număr de afecţiuni şi de uri ; unele atât de monstruoase încât, odată aduse la lumina zilei, el singur nu le mai recunoaşte şi nu se poate hotărâ să le mărturisească. Din bezna aceasta care-l ascunde se nasc ridicolele păreri pe care le are despre sine, de acolo vin erorile, neştiinţa, grosolănia şi neroziile privind propria-i fiinţă ; de acolo izvorăşte şi credinţa lui că simţămintele i-ar fi moarte, când nu sunt decât ţipite, ideea că nu mai are motiv să pornească îndată ce se odihneşte şi convingerea că poftele i s-au istovit de cum e sătul ; dar tenebrele acestea păcloase care-l ascund sieşi nu-l împiedică să urmărească de minune tot ce se petrece în afară de el, asemănător, într-aceasta, ochilor noştri care descoperă totul şi nu sunt orbi decât în raport cu ei înşişi. Într-adevăr, cu privire la cele mai de seamă interese şi împrejurări, atunci cînd violenţa dorinţei îi trezeşte întreaga atenţie, vede, simte, aude, închipuie, bănuieşte, pătrunde, descoperă totul, astfel încât suntem ispitiţi a crede că fiecare dintre pasiunile lui posedă un fel de magie care îi este proprie. Legăturile sale sunt neînchipuit de intime şi de puternice şi chiar când nenorociri cumplite îl ameninţă, nu izbuteşte să le rupă. Şi, totuşi, une-

ori săvârșește în câteva clipe și fără nici o sforțare ceea ce n-a putut face, cu toate strădaniile sale ani de-a rândul : de unde s-ar putea conchide, cu destulă verosimilitate că, el singur își aprinde dorințele, independent de meritul sau de frumusețea obiectelor ; că pofta lui acordă prețul și sulimanurile care le înfrumusețează ; că el aleargă după el însuși și-și urmărește placul, când urmărește lucrurile ce-i sunt pe plac. Întrunește în sine toate contradicțiile : e poruncitor și supus, sincer și prefăcut, milostiv și crud, sfios și îndrăzneț ; are deosebite înclinări, potrivit temperamentelor care-l împing și-l consacră fie gloriei, fie averii, fie plăcerilor. Pe acestea le schimbă după vârstă, noroc și experiență ; dar puțin îi pasă de are una sau mai multe, fiindcă e în stare să și le împartă între ele sau să se adune în una singură, după cum se cere și după cum îi e pe voie. E nestatornic, și afară de schimbările impuse din afară, mai dă naștere și unora extrase din propria lui substanță. E inconstant din inconstanță, din ușurătate, din dragoste, din atracție față de noutate, din oboseală, din dezgust. E capricios și uneori se străduiește cu patimă să obțină lucruri care nu-i sunt de fel prielnice, ba îi sunt chiar vătămătoare, dar pe care le dorește fiindcă astfel e bunul lui plac. E ciudat și adeseori se dedă unor ocupații frivole ; cele mai anoste îl atrag și-și păstrează întreaga mândrie în sânul celor mai josnice. prezent la toate vârstele vieții și în toate condițiile sociale ; trăiește pretutindeni și trăiește din orice ; trăiește din nimic, se împacă cu oricine și se lipsește de orișice ; trece chiar și de partea dușmanilor săi ; le slujește scopurile și, ceea ce e minunat, se urăște pe sine cu ei dimpreună, își hotărăște propria-i pierdere, lucrează în scopul nimicirii sale, în sfârșit, n-are decât o singură grijă : să fie și, de este, poate fi și propriul lui dușman. Să nu ne mirăm când se întovărășește cu cea mai aspră dintre austerități și cu ea dimpreună, își jură propria-i nimicire, fiindcă, pe când se distruge într-o parte, într-alta se reclădește. Uneori parcă ar întoarce spatele plăcerii, dar, de fapt, nu face decât s-o suspende și s-o preschimbe, iar pe când pare învins și crezi că ai scăpat de el, îl regăsește triumfând de propria lui înfrângere. Iată chipul egoismului, care umple cu zvăpăiala lui întreaga noastră viață. Marea este imaginea sensibilă care i se potrivește și iubirea de sine află în fluxul și refluxul valurilor o credincioasă expresie a succesiunii neastâmpărate a gândurilor sale și a veșnicei ei mișcări".

„Interesul este sufletul egoismului, astfel încât după cum trupul fără suflet nu privește, nu aude, nu cunoaște, nu simte, nu se mișcă, tot astfel egoismul despărțit de interes nu vede, nu aude, nu simte și nu se mișcă ; din această pricină, același om care vântură mări și țări pentru interesul lui devine brusc paralitic când e vorba de interesul altora. Tot de aici provine ațipeala, asemenea morții, de care sunt cuprinși cei cărora le povestim treburile noastre ; dar aceeași pricină produce și neîntîrziata lor reînviere când, în povestirea noastră, pomenim ceva care-i privește ; astfel încât constatăm în convorbirile și tratativele noastre cum în aceeași clipă un om își pierde cunoștința și și-o recapătă, după cum propriul lui interes se apropie de el sau se îndepărtează". (La Rochefoucault, în : *Moraliștii francezi*, ELU, Buc., 1966, p. 178).

3. *Mitomania.* Ca și egofilia, mitomania este un sindrom și deci necaracteristic considerat izolat pentru psihopatie, Dupré considera mitomania ca fiind caracteristică isteriei, delirurilor imaginative. Mitomania sau pseudologia presupune sugestibilitate și imaginație exaltate, care deși în cazul psihopatiei se face în mod conștient, poate ajunge prin repetiție până la o adevărată identificare cu conținutul de natură mitomană încât nici bolnavul nu-și mai dă seama care este faptul veridic și care este cel imaginar. Mitomania are o altă trăsătură în sensul că se însoțește de egofilie și vanitate în sensul unui adevărat Tartarin de Tarascon care „a jucat un rol decisiv, cîteodată eroic" în numeroase circumstanțe și „posedă relații puternice și misterioase".

Mitomanul este erou sau pozează în victimă, se adaptează auditoriului sau anturajului pe baza psihoplasticității morbide, dar totdeauna în mod egofil își subestimează anturajul.

Mitomanul filigranează deseori trecutul său pe canavaua unui roman în care faptele imaginației sale exaltate îl plasează pe pozițiile unui erou pentru a câștiga admirația sau din contra, pozează ca un învins sau ca o victimă pentru a smulge compasiunea.

Verva și strălucirea mitomaniei țin de particularitățile psihice ale psihopatului, de nivelul său de cultură, de gradul de sugestibilitate și de exaltare a imaginației, dar se șterge, devine prolixă și săracă la psihopații polarizați narcofil. Nu trebuie să ne scape la un psihopat caracterul utilitarist, egofil al mitomaniei.

În ceea ce privește coloratura mitomaniei, ea poate purta caracterul interpretărilor paranoide, cu conținut de persecu-

tat, de neînțeles, sau din contra să fie argumentul unor tendințe de impulsivitate sau violență. Dupré vedea în mitomanie o adevărată „impulsie narativă", dar oricum ar fi mitomania, ea ne apare ca o trăsătură caracteristică diverselor forme clinice ale psihopatiilor.

4. *Psihoplasticitatea morbidă* ține de o dinamică neuropsihică morbidă pe canavaua complexă a unei hetero și autosugestibilități crescute, ceea ce face din bolnav un artist fără voie, dar cîteodată un artist foarte bun, deosebit de receptiv la o inducție negativă și capabil prin mitomania sa de a induce negativ pe alții.

În acest sens, pe baza unei mari labilități, un psihopat poate suferi cele mai diverse și cele mai nocive influențe negative de mediu, cu atât mai mult dacă aceste influențe corespund sau se plasează pe cadrul dezinhibărilor sau pervertirilor instinctiv-emoționale. Prin aceasta psihopatul se va polariza spre o narcofilie, perversiuni sexuale, drmomanie etc. — sau va induce negativ aceleași acte de ordin negativ.

În același timp poate simula cele mai diverse acte și situații uneori luînd un aspect de reacție isteroidă în condiții negative de mediu ceea ce face ca psihopatiile să se apropie de cele mai multe ori pînă aproape de identificare cu isteria.

În această trăsătură de psihoplasticitate se află atât instabilitatea instinctiv-emoțională, sugestibilitate, exaltarea imaginației cât și trăsăturile mitomanice, toate cu scopul realizării unui profit mai mult sau mai puțin evident, dar totdeauna cu un pronunțat caracter egofil.

Psihoplasticitatea ca formă de manifestare depinde de asemenea în bună măsură de inteligența bolnavului și de imaginația sa.

5. *Malignitatea* — răutatea patologică — cunoaște un evantai foarte larg de manifestare și depinde în cea mai mare măsură de caracteristicile temperamentale, de trăsăturile de caracter dominante, de nivelul la care se desfășoară procesele de cunoaștere, de tensiunea proceselor afective și de stabilitatea lor.

Trăsăturile de malignitate comportamentală decurg în mod necesar din nota dominantă de egofilie și de dezinhibare instinctivă care ține de straturile primitive ale psihicului uman, de insensibilitatea moral-socială a psihopatului și se acordă pe alt plan cu impulsivitatea și agresivitatea.

Modalitățile de manifestare ale malignității comportamentale merg de la cele mai „nevinovate" șicane pe care le fac celor apropiați sau anturajului până la calomnie, putând ajun-

ge până la cele mai abjecte crime. „Șicanele" psihopatului nu poartă amprenta unei bunăvoințe înțelegătoare, ci din contra, are trăsătură caracteristică de nesocotire a personalității altor oameni, de jignire a amorului lor propriu fără a ține seama de nimic, cu scopul de a provoca, de a umili sau teroriza, toate acestea producînd o adevărată plăcere. Malignitatea este cu atât mai evidentă la psihopații istero-impulsivi, epileptoizi, paranoizi. Mijloacele de care se folosesc sunt dintre cele mai diverse și mai perverse : înfruntarea directă, cleveteala, anonimele, actele de sabotaj, pînă la crimă etc., toate țesute și întreținute cu perseverență diabolică și reținute cu o memorie foarte fidelă. În cazul că psihopatul mai este dublat și de o inteligență relativ bună, atunci articulându-se cu o imaginație exaltată, mitomanică, poate țese intrigi uzând de o pseudologie greu detectabilă, care să inducă în eroare persoane chiar avizate și să cauzeze prejudicii morale și materiale importante persoanei căreia i se adresează acțiunile întreprinse de psihopat. Grație acestei trăsături de malignitate, psihopatul are totdeauna un inamic și nu „termină" cu unul pentru a începe cu altul. Aceasta face ca relațiile sale cu societatea să fie dificile și prin aceasta face să sufere societatea, el nefiind cointeresat afectiv în această relație. Asistăm aici la o adevărată orbire morală și afectivă.

B. Harry (1992) a examinat comportamentul afectiv a unui număr de 100 criminali pe bază de examene bazate pe interviul clinic și diferitele documente care atestau apartenența acestora personalităților psihopatice. Autorul remarcă la lotul examinat lipsa sentimentului de vinovăție, a remușcărilor pentru anomaliile comise, răceala afectivă și absența empatiei, refuzul de a accepta responsabilitatea comportamentului lor profund aberant privind crima săvîrșită.

Despre persoanele maligne se poate spune că sunt acelea, care *știu să facă foarte bine răul și să facă foarte rău binele.* Este o vorbă răspândită în popor care atunci când vrea să spună că o persoană este malignă se zice că *„este rău din născare"*. Modul acesta lapidar de a caracteriza malignitatea subliniază *predispoziția înnăscută de a face răul,* dar tot atât de gravă este malignitatea care apare după o boală (traumatică, toxică, infecțioasă etc.) a creierului sau după o boală care influențează grav funcționalitatea neuropsihică și la fel malignitatea poate fi o trăsătură negativă de personalitate ce se dezvoltă dizarmonic, ca urmare a unei educații necorespunzătoare, în condiții negative de viață, în microgrupuri patolo-

gice etc. Pentru aceasta din urmă eventualitate este iarăși o vorbă care se rostește în legătură cu aceste personalități, după care *„dacă ai intrat în haită cu lupii, urli ca lupii și tot ca ei muști și sfâșii tot ce-ți iese în cale"*.

O altă particularitate a acestei trăsături negative de conduită, care este malignitatea, constă în aceea că propensiunea de a face răul este *o trăsătură cronică, constantă și activă*. În același timp personalitatea care posedă această trăsătură profund negativă de conduită, *realizează această propensiune constantă de a face răul cu o plăcere deosebită* și care poate atinge nivelurile de sus, adică cele mai monstruoase ale sadismului.

În cazul personalităților patologice de tip psihopatic, *malignitatea se manifestă precoce*, încă din perioade de dezvoltare infantilo-juvenilă. La copii, malignitatea constituțională se exprimă prin acea plăcere aberantă de a chinui animalele, de a șicana și a-și bate joc, până la umilință sau până la baterea fără milă, ori rănire a colegilor mai slabi, mai retrași sau mai cuminți, sau de a-și bate joc cu plăcere perversă de copii cu defectivități fizice sau intelectuale, în ambele cazuri martirizând victimele fizic și moral. În mediul familial malignitatea se manifestă față de frații sau surorile mai mici, cel malign îi supune, din plăcerea de a face rău la cele mai diverse modalități de chin și umilință, iar față de cei mai în vârstă decât el își manifestă malignitatea prin violență, reacții de opoziție, devenind astfel prin conduita sa aberantă un adevărat tiran al familiei. Atunci când nu se poate manifesta față de adulți se dedă la cele mai odioase acuzații ca reacții comportamentale compensatorii. Despre persoanele maligne se spune că sunt tot atât de periculoase pentru anturaj ca o „buruiană otrăvită".

În ceea ce privește atât pe copil, adolescenții, ca și pe adulții maligni, aceștia, în condițiile sociale negative, când frustrările sunt frecvente, pot dezvolta reacții compensatorii la frustrare care se manifestă prin furturi, false acuzații, scrisori anonime, false denunțuri, țeserea unor intrigi oribile, minciuni patologice, mitomania, false acuzații de viol, intrigi țesute cu migală care întrec imaginarul, manifestări care pot duce direct sau indirect chiar la suprimarea persoanei care face obiectul malignității.

Malignitatea este cu atât mai nocivă cu cât personalitatea patologică este mai inteligentă și mai inventivă. Aici se cuvine să subliniem că există personalități patologice dotate cu

o inteligență excepțională și care depășește cu mult media, însă aceste inteligențe superioare, dar maligne, se comportă în viață ca veritabili *„idioți morali"* care nu știu ce este mila și rușinea, și nu se tem nici de gura lumii, nici de blestem și nici de Dumnezeu.

Deviza preferată a personalității maligne este „confortul, un loc călduț și fericit pentru mine și suferința, zbuciumul, frica, disperarea, mizeria și potopul pentru orice persoană și pentru lume". Dacă Jago — personajul creat de genialul Shakespeare — este prototipul malign, personalitatea patologică psihopatică malignă depășețse, dacă este dotat cu inteligență creatoare aberantă, pe marele Will.

Personalitatea patologică uzează de malignitatea sa din care face nu un simplu instrument de joc, ci o armă otrăvită și polivalent distructivă pe care o folosește într-un război declarat împotriva tuturor celor care cu voie sau fără voie, nevinovată i-au deranjat într-un fel sau altul susceptibilitatea sa diabolică.

Malignitatea devine cu atât mai gravă și mai nestăpânită cu cât tendințele interpretative paranoide sunt mai accentuate. Într-o asemenea situație personalitățile patologice paranoide, bazate pe deducții și false interpretări ale atitudinilor anturajului, mobilizează în virtutea fecundității unei imaginații bolnave, toate forțele răului din lume spre a-și discredita, învinge, dezonora sau distruge adversarul, satisfăcându-și astfel insațiabilul orgoliu vindicativ.

Malignitatea este disimulată însă cu abilitate de către personalitățile patologice grație psihoplasticității lor cameleonice, ceea ce-i face să apară, de cele mai multe ori, ca binevoitori, serviabili, politicoși, chiar supuși, purtînd pe Dumnezeu pe buze și pe Diavol în suflet, după cum te pot îmbrățișa cu duioșie regizată acoperindu-te cu mantia neagră a prieteniei perfide sub care se ascunde pumnalul pe care abia așteaptă să ți-l împlînte în suflet sau direct în inimă, cu diabolică sete de răzbunare și cu plăcerea de a gusta chinurile ce le pricinuiește cu voluptatea instinctivă a unui suflet în care reverberează tendințele primare ale celor mai vorace animale ale preistoriei umane. De aici *cruzimea* cu care se pot manifesta personalitățile maligne.

Psihopații sunt și au fost de când lumea aberanți —, rebuturi ale naturii —, iar pe de altă parte nu sunt lipsiți de capacitățile necesare integrării socio-familiale , chiar dacă aceasta se realizează cu mari dificultăți. Aici va fi necesar

să nu confundăm o structură pasională ce merge până la sacrificiu conștient pentru un scop bine determinat pentru beneficiul societății, cu malignitatea psihopatului ce se întinde de la tachinare până la supliciu și crimă comisă cu sadism.

După Trillat, conduitele sociale și amorale urcă până la tabloul nebuniei morale. Pentru vechii autori aceasta era o agravare a trăsăturilor amorale sau perverse ale predispusului, în cursul fazei critice a pubertății. Regis caracterizează nebunia morală ca amoralitate, inafectivitate, impulsivitate, inadaptabilitate. Reacțiile antisociale ale dezechilibraților sunt foarte frecvente și variat motivate. Ele nu sunt proprii dezechilibratului, dar sunt specifice prin modalitățile de realizare : impulsivitatea, nepremeditarea, stângăcia realizării, remușcările consecutive caracteristice.

Canon (1948) a enumerat 50 tipuri de comportament antisocial, printre care : beție, pungășie, portul ilegal de decorații, de uniforme, incendiatori, vagabondaj, dement calomniator, atentatul la pudoare, prostituția periodică, avortul etc.

Caracteristice sînt frecvența mare a recidivelor și polidelicvența asociată foarte frecvent cu alcoolismul.

Un studiu efectuat de S. Kogi, J. Ishikawa și Sujamato într-o închisoare din Tokyo arată că printre infractori 81 % erau psihopați (apatici, explozivi și abulici), iar în antecedentele acestora s-au evidențiat suferințe cerebrale și intoxicația amfetaminică. Majoritatea celor investigați proveneau din familii sărace, dezorganizate sau amorale. Primele acte antisociale au fost săvârșite la vârsta școlară. S. Jashimasu propune studierea „curbei vieții" criminalilor în 3 etape : 1) începutul activității criminale (precoce sau tardiv) ; 2) direcția actului criminal (monotropic, amfitropic sau politropic), cu privire la distincția proprietății, crime violente, crime sexuale, evaziuni ; 3) intervalul dintre crime (succesiv, remisiuni, intermisiuni sau suspensiuni).

Concluziile autorilor : 1) criminalii precoci erau în general infractori precoce ; 2) criminalii politropi erau în general infractori politropi și 3) varietatea infracțiunilor se corelează cu cea a crimelor comise.

Cei care suferă cel mai mult și imediat consecințele comportamentului perfid al unei personalități maligne sunt anturajul familial, și al microgrupurilor în care se află aceste persoane aberante. Nu excludem însă extinderea acțiunii malignității și respectiv a suferințelor pe care le determină în cazurile în care asemenea personalități ajung, printr-un

concurs de împrejurări negative pentru societate, să ocupe funcții de conducere în orice sector al activității publice sau de stat. În acest din urmă caz, consecințele deosebit de grave sunt imprevizibile, iar tirania are cele mai mari șanse să se instituie ca modalitate de conducere autarhică.

Precizăm că malignitatea — respectiv plăcerea patologică de a face răul — nu se întâlnește numai în manifestările personalității patologice psihopatice, această trăsătură morbidă întâlnindu-se deasemenea în centrul sau în ansamblul unor simptome patologice și ale altor boli psihice. În mod obișnuit însă în cazul altor boli psihice așa cum ar fi de exemplu psihozele sau demențele — fie că acestea sunt de cauză predominant endogenă, exogenă (traumatisme, infecții, intoxicații sau suferințe vircero-umorale cu consecințe negative neuropsihice etc.) sau endo-exogenă, malignitatea apare ca un element secundar acestor stări sau procese morbide.

În acest sens amintim *maniile coleroase* cu exploziviități agresive maligne la fel *melancoliile* excitabile, instabile-agresive și uneori *periodic maligne* și la fel în cazul schizofreniilor, îndeosebi paranoide, în care caz malignitatea psihotic-delirantă poate ajunge până la crimă.

Un loc particular și manifest, îl prezintă malignitatea ca simptom patologic în *delirurile cronice pasionale, mistice, politice, ideologice, de gelozie* etc., cu componentă persecutat-persecutorie și în care acțiunile de răzbunare sunt deosebit de periculoase pentru individul vizat, pentru colectiv sau pentru societate.

Amintim deasemenea, *malignitatea* deosebit de crudă a bolnavilor epileptici, a confuziilor mintale, precum și malignitatea bolnavilor senili — care devenind insuportabili nu mai pot fi ținuți în mediul familial datorită periculozității pe care o prezintă față de cei ce-i erau atât de apropiați.

În psihoze, ca și în demențe, în epilepsia cu tulburări psihice ca și în psihozele psihoorganice, toxice, infecțioase etc., malignitatea este consecința bolii de care suferă bolnavul, nu este prezentă la toți bolnavii, nu are caracter cronic și nu se manifestă din perioada infantilo-juvenilă (cu excepția cazurilor în care o psihopatie suferă o decompensare psihotică). Toate acestea deosebesc malignitatea secundară unor suferințe psihice grave, de malignitatea personalităților patologice psihopatice care are caracter cronic (este rău din născare), se exarcerbează în condiții negative de viață și în perioadele critice de evoluție a personalității și ceea ce este mai impor-

tant este că personalitatea malignă psihopatică are conștiința și discernământul integre — atunci când săvârșește cu plăcere animalică răul, unuia sau altuia dintre semenii săi.

Spunem, deasemenae, că malignitatea psihopatică este cronică, deoarece se cuvine s-o deosebim de unele stări de răutate pe care fiecare om, într-un moment sau altul din viața sa poate să le trăiască, justificat sau nu. Dar această răutate, se încadrează ca semn patologic într-un ansamblu de simptome așa cum se observă la personalitățile psihopatice.

Pentru o persoană normală un mic gest de maliționizitate, de „răutate" nevinovată se pare că aduce un pic de umor uneori în relațiile interumane, corijează atunci când este cazul unele abateri, încurajează pe cei care dezarmează etc. — ceea ce nu se potrivește desigur malignității patologice. Psihopatul poate fi excepțional maliționos dar în mod constant este malign din fire oricât de inteligent și de cult ar fi el și oricât de înaltă ar fi poziția sa în societate.

6. *Dezinhibarea instinctiv-emoțională.* Predomină la psihopați și se exprimă prin incapacitatea de a-și stăpâni pornirile instinctiv-emoționale.

Încă Esquirol referindu-se în clasificarea bolilor psihice într-un capitol special despre *monomania instinctivă* scria : „Când voința este lezată, bolnavul în afara celor obișnuite este antrenat în acte pe care rațiunea sau sentimentul nu le determină, pe care conștiința le dezaprobă, pe care voința nu are forță să le reprime, acțiunile sunt involuntare, instinctive, irezistibile... aceasta este *monomania instinctivă*", psihopatiile sau personalitățile patologice cum le denumim noi astăzi. În treacăt fie spus că cele notate de Esquirol sunt valabile și astăzi în studiul acestor personalități aberante psihopatice.

Aceste tendințe instinctive aberante sunt dublate de emoții și acestea din urmă legate de instinct. De aceea Th. Ribot scria : „orice emoție are logica sa instinctivă, implicită, și că ea este posibil să fie fixată ereditar". „Această teză s-ar putea să fie o metaforă, ea se întemeiază pe o analogie între mecanismul instictului și emoție, pe de o parte și a raționamentului pe de altă parte. În primul din aceste două cazuri însă, mecanismul este organizat, stabil...".

„Cu alte cuvinte nu numai că emoția își are logica sa instinctivă, dar și orice instinct își are logica sa emoțională, raționamentul emoțional care „contrar rațiunii, fabrică judecata și voința... este nociv în practică..." (Th. Ribot).

Aceste puncte de vedere ne îndreptățesc să vorbim de o logică afectivă a instinctului și de o logică a instinctului în emoție, dacă înțelegem prin „emoție un șoc brusc, adesea violent, intens, însoțit de amplificarea sau oprirea mișcărilor ; frica, furia, îndrăgostirea fulgerătoare etc. (Th. Ribot). Tocmai aceste trăsături primare cu logica lor deasemenea primară caracterizează decompensările personalităților psihopatice sau a personalităților patologice în denumirea lor actuală. Nu trebuie să pierdem din vedere că logica emoțiilor este o logică ce ține de biologia omului, de structura sa și ține în ultimă instanță de logica viului, și respectiv de logica naturală în sensul ei strict dizarmonic ca în cazul psihopatiilor

Așa cum arată V. A. Ghiliarovski referindu-se la psihopați că : „în comportare predomină acțiunile dictate de motive întâmplătoare, *de diverse instincte, de îndemnuri afective cărora nimic nu li se opune din cauza slăbirii controlului cortical* (subl. ns.-M.Ș.). La psihopați — după opinia autorului — putem presupune o tulburare a interacțiunii dintre procesele corticale și cele subcorticale.

Prima perturbare care atrage atenția este *incapacitatea de a-și frâna instinctul de libertate,* și de aici conflictul lor permanent cu normele de conduită moral-socială fixate prin legi, tradiții, sau acceptate prin consens unanim, care într-un fel sau altul limitează, îngrădind prin actul normativ, cîmpul de manifestare al comportamentului uman în perimetrul acceptat de societate la un moment dat în conformitate cu legile scrise dar și cu cele nescrise care țin de tradiții, obiceiuri, datini etc. Această atitudine de conflictualitate sau de divorț permanente între normele sociale și atitudinea comportamentală a psihopatului, își află explicația în perturbarea fundamentală a trebuințelor, tendințelor și aspirațiilor personalității dizarmonice, în prevalența lor pulsional-emoțională, primitivă, asupra actelor superioare psihice, în defectivitățile volițional-cognitive, în dezechilibrul funcțional cortico-subcortical. Psihopații, spuneam mai sus, suportă cu destul de multă dificultate limitarea manifestărilor instinctului de libertate. Pentru un psihopat, indiferent de forma clinică a suferinței sale, limitarea sferei sale de acțiune este similară cu o veritabilă condamnare capitală.

S-a observat că psihopații suportă cu o dificultate extremă detenția sau inclaustrarea. Instinctul de libertate de esență ancestrală este atât de dezinhibat încât bolnavul cu extrem de mare greutate instituie procesul de inhibiție și de amânare

spre a face față tendinței impulsive de a pleca. De altfel, nevoia irezistibilă de a schimba decorul și ocupațiile se manifestă din cea mai fragedă copilărie. Dramomania își găsește suportul și se conjugă la nivelul acestei pulsionări primare, în care căutarea noutății nu este lipsită de corelatul său indisociabil de tensionare neliniștită și de anxietatea febrilă a căutări precipitate a noului, acompaniat și de un intens sentiment de nesiguranță. Dar în această dezinhibare a instinctului de libertate nu trebuie neglijată componența ideo-afectivă pervertită și alienată în ceea ce privește inserția logică în realitățile concrete, fapt care atestă perturbarea calitativă a gândirii. Pe lângă dezinhibarea instinctuală se remarcă o exaltare ideo-afectivă mai ales pe linia dominantelor afectiv-emoționale, autofile, precum și o componentă imaginativă exaltată și antrenată în sensul unui Donquijotism uneori fantastic. Tendința spre aventură și imaginar, căutarea permanentă a unor locuri și lucruri în permanent dinamism și în nesecată noutate caracterizează setea instinctuală a psihopatului și constituie suportul instabilității sale psihice funciare, a activităților profesional-sociale etc. Aici desigur că nota paralogică și de autosugestibilitate își au partea lor însemnată de manifestare. Instabilitatea profesional-socială a personalității patologice trebuie completată pe lângă cele de mai sus prin stările permanent conflictuale pe care le generează trăsăturile lor egofile, mitomanice și de malignitate în relații cu semenii lor, ceea ce crează o situație permanentă de neînțelegeri și conflicte care, până la urmă devine indezirabilă prezența lor în diversele microgrupuri, ceea ce face imposibilă încorporarea personalității patologice și menținerea ei în continuare în mediul social, în microgrupul în care se află.

Această stare de conflict care ajunge în final în limitele unei ireconcilieri flagrante cu mediul social determină pe plan psihic trăiri afective penibile, reacții depresive cu conținut negativ, recriminativ, favorabile unor manifestări isteroide, impulsive sau din contra, pregătesc terenul unor decompensări narcofile care degradează și mai mult comportamentul, accentuând și adâncind dizarmoniile personalității psihopatice, mărind și adâncind dificultățile de adaptare la o muncă de durată, putând ajunge astfel până la un veritabil nihilism social cu grave consecințe dezadaptative.

Insuccesele și conflictele permanente cu societatea, trăirea amară a nerealizărilor și neîmplinirilor, cortegiul de stări depresive reactive îl aruncă în brațele narcofiliei, în care

caută sursa unei realizări de euforie şi de detensionare, în care se fixează foarte uşor pe linia dependenţei eufomanice, în care perspectiva unei evoluţii narcomanice se dovedeşte a nu fi deloc îndepărtată. Această polarizare, grefată pe dezechilibrul instinctual fragil va semna în mod inevitabil şi va accentua degradarea moral-socială, pecetluind trăsătura de rebut al naturii umane şi sociale pe care o reprezintă psihopatia. Abia din acest moment începe suferinţa pentru psihopat, iar prin defectivităţile de ordin somatogen pe care le provoacă, narcomania parabiotizează paradoxal sau ultraparadoxal personalitatea, accentuînd şi mai mult trăsăturile insensibilităţii moral-sociale. În această fază este abandonat de familie sau pe care o abandonează, trăieşte din mila rudelor, pe care, frecvent, le terorizează, devine un dependent social şi caută cu insistenţă un loc în care să găsească un suport material, fie la un cămin de asigurări sau la un spital cu profil azilar.

7. *Impulsivitatea şi agresivitatea.* Psihopaţii sînt aparent calmi, cu sînge rece, dar care au un mod de a se comporta extrem de inegal şi constant dependent de oscilaţiile excitanţilor de mediu, trecînd uşor de la o stare afectivă la alta, ca un seismograf care amplifică intens cele mai mici şi nesemnificative solicitări, consecinţă a unui adevărat proces de instabilitate afectivă în care comutarea de natură voliţional-ideativă îşi pierde valoarea sa de amînare modulatorie şi de armonizare comportamentală şi reacţionează exploziv, brutal, direct, uneori ca o scurt-circuitare mintală.

Impulsivitatea psihopatului este un act lucid, dar primar desfăşurat şi spre deosebire de reacţia animală are conştiinţa deplină a consecinţelor socialmente negative. Impulsivitatea se desfăşoară reflex şi nemijlocit, deci în raport cu stimulul exterior ca urmare a deficitului actului voliţional care nu mai poate apoi desfăşura actul reflex, prin inhibiţie centrală, şi astfel să comute impulsia irezistibilă instinctuală în non-acţiune. În actele impulsive, modulate primar pe un evantai larg şi cu cele mai diverse forme de manifestare, găsim totdeauna o încărcătură afectivă sub forma stărilor de afect, nelinişte sau anxietate intense, care nu mai pot fi frînate de zăgazurile voinţei şi convenienţelor juridice sau morale, cu atît mai mult dacă se află în faţă perspectiva unor sancţiuni sociale minore.

Raportîndu-se la fenomenul de amînare particulară psihicului uman, M. Ralea nota că : „...nici un act psihic nu e

pe deplin simplu, sau complet direct. Aproape totdeauna — afară de rezidurile psihice inferioare, rămase încă în structura sufletească a omului ca moştenire a originii sale — un obstacol se aşează între provocare externă şi răspunsul său. Psihologia umană e compusă din trei termeni, nu din doi. Între percepţie şi act, ia loc un al treilea element. Rolul acestuia este de obicei frenator. El opreşte impetuozitatea acţiunii, o cîntăreşte, o cenzurează şi apoi o opreşte definitiv, ori îi îngăduie să se exercite. Mediul nu poate da porunci directe... aproape orice act psihic uman, chiar cel complet inferior, *e un act psihic suspendat.* Realizarea lui e aproape totdeauna *întîrziată.* Amînarea fenomenelor sufleteşti e o condiţie primordială a oricărei activităţi psihice umane".

După ce arată că „în constituţia noastră sufletească persistă încă, ca transmisiuni ancestrale, o serie de acte care se produc şi se realizează nemijlocit şi instantaneu, ca în organizaţia psihică animală", M. Ralea accentuează că această moştenire ancestrală este transformată, „nu mai posedă puritatea rudimentară, ci sînt alterate" şi nu constituie ceea ce este specific pentru om, dar „Ele sînt rămăşiţe, neeliminate încă. Totuşi, la firile evoluate, ele sînt comprimate şi supuse aceluiaşi mecanism de amînare. Un om cuprins de panică, de frică, de furie poate răspunde după modul psihologic zoologic. La omul normal şi civilizat însă, chiar sub imperiul acestor stări primitive, violente, reacţia va fi interceptată, măcar un moment".

Amînarea, presupune inclusiv aşteptarea, adică acel interval de timp, acea „fază de erecţiune a unei tendinţe şi consumarea ei în acţiune" cum arată P. Janet, adaptarea fiind o „conduită al cărei obiect constă în a face absenţa prezenţă şi prezenţa absenţă" cum se exprimă Morand. Dar, aşa cum subliniază M. Ralea : „Unii se descarcă în timpul aşteptării" care înseamnă o acumulare de tensiune sufletească. Aşteptarea este comună animalelor şi omului şi este o conduită care s-a dezvoltat filogenetic într-o lungă perioadă de evoluţie a fiinţelor vii. Oamenii care ştiu să aştepte sunt, după M. Ralea „... fiinţe superioare care ştiu să-şi comande destinul" dar există oameni care nu ştiu nici să aştepte şi nici să-şi amîne reacţia : „...slabii, înapoiaţii nu ştiu să aştepte deloc, alţii pot aştepta puţin, alţii mult şi aceasta corespunde la o evoluţie a conduitelor foarte diferită" (M. Ralea).

La psihopaţi şi în particular la impulsivi, explozivi, antisociali etc., funcţie de amînare a pulsiunilor primare instinctiv-emoţionale este profund perturbată.

Însăşi *dromomania* reprezintă un act impulsiv rezultat aproape totdeauna în urma unui divorţ între aspiraţiile personale şi circumstanţele şi obligaţiile sociale în care se află. Alteori dromomania nu cunoaşte un motiv mai mult sau mai puţin plauzibil, în timp ce în alte cazuri găsim, de exemplu, o decepţie erotică *(eroto-dromomania)* sau, din contra, o dezechilibrare a instinctului de libertate în condiţiile în care în mod normal este constrîns de obligaţiile familiar-conjugale, sociale etc.

De obicei însă actul impulsiv la personalităţile dizarmonice de tip psihopat este de natură pulsională şi primară afectiv.

Aceşti bolnavi însă încă din copilărie sînt grosolani şi răi, manifestă o plăcere diabolică de a chinui animalele sau fraţii mai mici. Lipsiţi de orice afecţiune pentru cei apropiaţi se comportă grosolan cu părinţii, se manifestă prin crize de furie isteroidă la cea mai mică ceartă.

Tentativa restrictivă a sferei lor de libertate îi afectează în mod deosebit, iar încercarea de a-i corija le răneşte orgoliul şi ambiţiile hipertrofiat egofile.

Dar impulsivitatea, aşa cum subliniam mai sus, este larg modulată de la obsesia impulsivă a psihopatului cleptoman, la automutilarea cu scop utilitar, pînă la crima monomaniacă. De aceea impulsivitatea şi agresivitatea o vom întîlni nu numai la psihopaţii istero-impulsivi, ci şi la psihopaţii epileptoizi, schizoizi etc. Aceste trăsături, izvorîte din dezinhibarea oarbă, stihiinică a instinctului de apărare a determinat pe psihiatrii francezi să-i descrie sub termenul de *folie morală* şi pe Prichard ca *„moral insanity"*.

Impulsivitatea se manifestă de asemenea în cazul perverşilor instinctivi, neputîndu-se abţine de a practica, de exemplu, pedofilia, gerontofilia etc. Pe de altă parte, obsesia impulsivă a psihopatului psihastenic se deosebeşte de cea a psihasteniculuiprin conţinutul său. În cazul psihasteniei, aşa cum observa Chaslin, obsesia impulsivă nu duce la acte socialmente periculoase, nu tiranizează cu malignitate anturajul familiar şi social, şi cedează relaxîndu-se la nivelul unor acte care nu conţin prin ele însele nimic din furia şi agresivitatea psihopatului.

8. *Hipoestezia pînă la anestezie fizică.* Aceşti bolnavi au o mare rezistenţă faţă de durerea fizică, avînd un prag scăzut pentru a putea percepe echivalentul psihic al durerii, mai ales în cursul stărilor de dezlănţuire afectivă. Frecvent vom

găsi la ei tatuaje din cele mai diferite, sau automutilări efectuate cu scop de şantaj sau utilitar imediat, mai ales în timpul războiului pentru a scăpa de concentrare sau de front. Tentativele suicidare sînt mai frecvente la psihopaţii mitomani şi toxicomani.

9. *Narcofilia* reprezintă o polarizare perversă cu dezvoltarea unei dependenţe eufomanice, în scopul euforizării, avînd ţel unic realizarea unui refugiu psihic în lumea visului şi a detaşării de realitate, îndreptat împotriva vieţii.

Toxicomaniile, ca formă de sinucidere lentă pe care le practică omul şi în particular personalităţile patologice, sînt modalităţi aberante şi care pot deveni morbide, care scad forţele vitale ale organismului, diminuă elanul vital al fiinţei pe care-l biciuieşte, în scopul obţinerii plăcerii cu preţul a însăşi diminuării sale şi împotriva instinctului vital de conservare. În asemenea cazuri, principiul satisfacerii plăcerii aberante se aliază inconştient cu principiul morţii şi este mai puternic decît însăşi instinctul de conservare a vieţii. Raportîndu-se la toxicomanii şi la această conduită contrară vieţii, M. Ralea nota următoarele :

„Omul ştie perfect (şi îndeosebi psihopatul — M.Ş.) că opiumul, haşişul, morfina îl distrug. Şi, cu toată luciditatea, încă din timpuri imemorabile, asiaticul ia opium, indianul din Peru mestecă frunze de coca ori de kola, europeanul e ori tabagic, ori alcoolic. El oferă printr-o iluzie trecătoare o suicidare deghizată. Ce face în timpul acesta instinctul de conservare ? El e îngrămădit, înnăbuşit undeva şi poruncile lui sînt neglijate şi neascultate.

S-ar putea obiecta acestor practici că presupunem o dezagregare a maşinii biologice, o oprire a mecanismului vital. Se suicid ori măcar îngurgitează stimulente deprimaţii, ale căror funcţii psihice sînt degenerate. De ce să fundăm atunci caracteristica omului normal pe fenomene patologice ? E uşor de răspuns că aceste obiceiuri sînt destul de generale ca să fie anormale. Apoi ele au apărut întîia oară la om. Aceasta înseamnă că sînt strîns legate de structura omului, de alcătuirea lui sufletească, din moment ce animalele nu le cunosc chiar cînd sînt bolnave : că sînt efecte ale unor aptitudini care aici s-au realizat întîia oară nu în altă parte. Aceste practici fac parte din natura omenească fiindcă sînt presupuse în ea, fiindcă sînt rezultatul lor. (M. Ralea — *Explicarea omului).*

Onirofilia neînfrînată este un comportament particular psihopaţilor la care, pe baza dezinhibării instictive, a condiţio-

nării facile pe fondul dizarmoniei generale, se realizează intoxicația onirofilă și apoi o dependență rapidă, profundă și de lungă durată, nu numai la nivelul instanțelor bilogice, modificînd trebuințele primare ale organismului, ci și la nivelul structurilor psihice superioare care dau motivarea psihologică ce aprofundează și mai mult această antivitală dependență. Odată realizată condiționarea bio-psihologică nici o măsură de ordin social sau terapeutic nu-și mai poate demonstra eficiența pe o lungă perioadă de timp, ceea ce explică de altfel insuccesele și chiar eșecurile terapeutice la acești bolnavi. Instalarea unei narcofilii accentuează dezechilibrul instinctiv-emoțional, fragilizează și mai mult cloazonările și așa precare ale echilibrului biologic și psihosocial instabil, favorizînd izbucnirile afective, alterează substratul funcțional prejudiciind structurile cerebrale mai sensibile și mai noi filo- și ontogenetic — cortexul cerebral — făcînd loc manifestărilor unor structuri de care țin trăsăturile psihice primare — instinctuale și emoționale. Se creează, totodată, un cerc vicios al manifestărilor aberante cu efecte de cascadă explozivă, care lărgește dizarmonia generală a personalității aducînd-o pe marginea prăbușirii moral-sociale.

Dependența narcofilă se poate realiza pentru băuturile distilate sau fermentate, pentru barbiturice și tranchilizante, timoleptice sau psihotone — farmacomania — necunoscînd limite în ceea ce privește substanța toxică față de care se realizează dependența. În acest domeniu, autosugestia și heterosugestibilitatea de grup, ca și instabilitatea instinctiv-emoțională constituie terenul pe care își exercită influența nefastă inducția socială negativă, de la mediile în care degradarea morală a ajuns la paroxism pînă la clasele cele mai elevate pe scara ierarhiei sociale. Terenul fiind același, indiferent de forma inducției, rezultatul este același, iar intensitatea dependenței depinde de gravitatea dizarmoniei personalității de nivelul structurilor primare instinctiv-emoționale, temperamental-caracterial și deci și voliționale implicate.

După Trillat la psihopați este mai puțin un alcoolism de gust sau antrenament social ori profesional, cît de un alcoolism utilitar, pentru că alcoolul este pentru personalitatea psihopatică un mijloc sau un refugiu. Alcoolofilia sau abuzul intens și cronic de alcool reprezintă nu numai o reacție la o situație socială intolerabilă, considerată ca fiind singura rezolvare pentru a obține uitarea în fața dificultăților vieții. Alcoolismul psihopatului este ocazional, episodic și are particu-

laritatea că este amnezic, adesea provocat de cantităţi minime de toxic şi însoţeşte reacţiile clastice, agresive, agitaţia confuzivă, crizele convulsive sau după decompensările psihotice menţinerea unor idei fixe post-onirice sau a unor elaborări delirante. La începutul beţiei patologice este frecventă o fază medico-legală cu acte delictuale. S. Gurevici, remarcă rezistenţă scăzută la alcool a psihopatului ca şi la alte narcotice.

După Trillat, toxicomania corespunde aceloraşi motivaţii. Cea minoră (amfetamină, codeină etc.) este frecvent asociată cu alcoolismul. Toxicomania majoră (opiu, morfină, haşiş etc.) este motivată de nevoia de evaziune, de iluzii, predilecţia pentru excentric, originalitate şi datorate şi sugestibilităţii lor.

10. *Denaturarea şi aberaţiile instinctului sexual.* Această varietate de denaturare instinctuală, afectivă şi emoţională, şi a sentimentelor erotice, cunoaşte un polimorfism impresionant în care notele egofile, mitomane, de psihoplasticitate morbidă şi malignitate, cu dezinhibări şi pervertiri instinctiv-emoţionale dublate de acte de impulsivitate şi agresivitate pun în scenă cele mai diverse acţiuni, de la falsa paradă sentimentală pînă la sinucideri — care uneori pot reuşi — sau pînă la perversiunile sexuale, cu toate variantele lor abominabile, pasive sau active. Toate acestea se desfăşoară sub haina deghizată a unui Iago pînă la formele cel mai crude şi bestiale sado-masochiste, în funcţie de condiţii, de nivel intelectual, de trăsături temperamentale şi caracteriale, de gradul dizarmoniei şi de intensitatea dezinhibării instinctive, care apar modificate în condiţii particulare, inclusiv în lumea animală, într-o formă directă, primară, necomplicată şi complexă, aşa cum se întîlneşte în patologia umană.

Înscenările unui erotism înflăcărat, zgomotos şi cinic, lipsit de pudoare şi decenţă puse în slujba satisfacerii pornirilor instinctive, pot găsi credit în rîndul unor persoane naive, cu atît mai mult cu cît psihopatul uzează pe baza psihoplasticităţii sale şi a mitomaniei, de mijloacele cele mai diverse, străduindu-se a face bună impresie şi a cîştiga încrederea celor neavizaţi. În momentul însă cînd şi-a realizat ţinta dezlănţuirii instinctive, se developează adevăratul fond al psihopatului cu indiferenţa afectivă egofilă, cu subordonarea pînă la înjosire şi maltratare a partenerului, sau cu izbucnirile pasionale de gelozie, de cele mai multe ori imaginară, care-l duce la acte de impulsivitate şi agresiune. Instabil emoţional, îşi părăseşte partenerul sau familia pentru a găsi un nou debuşeu

afectiv, unde reîncepe acţiunea după acelaşi şablon, cu aceleaşi puneri în scenă şi regizări stereotipate.

Un loc aparte în cadrul denaturărilor erotice îl reprezintă perversiunile sexuale, a căror trecere în revistă se impune în cadrul semiologiei psihopatiilor, deşi, ca şi în cazul celorlalte sindroame, nu le sînt absolut caracteristice, iar prezenţa lor nu este neapărat necesară pentru una sau alta din formele clinice.

„Perversiunile sexuale sînt comportamente sexuale anormale care se substituie condiţiilor psihologice şi fiziologice naturale ale organismului. Ele sînt rar izolate şi se înscriu aproape totdeauna în cadrul unei conduite psihopatice, fie că această conduită este constituţională sau reacţională, deşi unele perversiuni pot să nu fie decît pasagere, legate de condiţionarea, chiar de dezvoltarea psihologică a individului, încă imatur" (L. Michaux, 1965).

1. Dezinhibarea sau pervertirea instinctului sexual este întîlnită în diversele forme clinice de psihopatii. În acest sens, D. F. Hubert şi colab. (1992), au studiat comportamentul sexual la personalităţile patologice bordeline în vîrstă de 23—33 ani, comparativ cu o grupă de control cu comportament normal şi a înregistrat în prima grupă abuzurile fizice şi sexuale în copilărie în proporţie de 50%, comparativ cu 15% în grupa de control. În acelaşi timp, la femeile cu tulburări de personalitate bordeline s-au înregistrat tendinţe hipersexuale, frecvente atitudini erotofile, preocupări sexuale intense, depresie sexuală şi insatisfacţii sexuale. I. A. Cates şi J. Markley (1992), evidenţiază variabilele demografice, clinice şi de personalitate la un număr de 15 bărbaţi, care se prostituau, comparativ cu un lot de 15 martori normali, evidenţiază că prima experienţă de comportament sexual n-a fost determinat pe motive pecuniare. S-au remarcat în familiile celor ce se prostituau consumul cronic de alcool în familiile din care proveneau, ca şi o serie de factori subiectivi, ca de exemplu insatisfacţii vocationale şi ale aspiraţiilor şi, în mod deosebit, un consum grav de alcool şi de droguri. În ce priveşte structura personalităţii, autorii evidenţiază ca fiind cea mai frecventă personalitatea antisocială în rîndul bărbaţilor ce se prostituează, persoane „cu creier de femeie într-un cap de bărbat", aşa cum îi denumea V. Magnan pe homosexuali.

O altă constatare care decurge din cele de mai sus nu înţelegem de ce comportamentul aberant sexual este tratat într-un capitol special şi deci în afara capitolului privind

personalităţile patologice a caracteriopatiilor şi a personalităţilor patologice organice, adică acolo unde este atît de frecvent.

După Popov, „sursa satisfacţiei sexuale este constituită de ceea ce la omul sănătos nu poate îndeplini această funcţie". De obicei, la psihopaţi perversităţile sexuale sînt uneori singurul mod de satisfacţie sexuală, dar pot exista şi relaţiile sexuale normale, pe plan prim sau secund.

O descriere succintă o considerăm necesară, pentru a ilustra perturbarea mecanismelor biologice şi a pervertirii instinctuale, precum şi incapacitatea de control conştient riguros la nivelul instanţelor psihice superioare şi corelaţiile lor axiologice sociale, asupra cărora domină ceea ce este arhaic în raport cu factorii socio-culturali.

Este pretenţios să efectuăm o clasificare, deoarece criteriile ar putea fi foarte diverse.

Kolle, de exemplu, dă următoarea clasificare a formelor de sexualitate anormală întîlnite mai frecvent în clinică :

A. *Gratificare sexuală (orgasmul),* care se obţine numai în următoarele condiţii, dar cu o evoluţie normală a manifestării corporale a acestuia :

1. Numai cu reprezentarea unor scene cu conţinut sexual;
2. La privirea unor poze, citirea unor texte care conţin acţiuni erotice (pornoscopie) ;
3. La scrierea unor scrisori cu un conţinut pornografic (exhibiţionism grafic) ;
4. În prezenţa unor excitanţi senzoriali (perete roşu, ciorapi etc. ;
5. La privirea sau atingerea unor obiecte care aparţin partenerului (fetişism) ;
6. La privirea sau pîndirea unor scene erotice ;
7. În prezenţa unei terţe persoane (triolism) ;
8. La expunerea organelor genitale în faţa unor necunoscuţi (exhibiţionism) ;
9. La contactul cu animale (sodomie) ;
10. La contactul sexual cu copii (pedofilie) ;
11. La contactul sexual cu acelaşi sex (homosexualism) ;
12. În timpul sau după chinuirea partenerului (sadism) ;
13. Dacă este chinuit de partener (masochism).

B. *Orgasmul este trăit numai mintal,* fără fenomene însoţitoare corporale.

Absenţa erecţiei şi a ejaculării la exhibiţionismul autentic, de stradă. La femei foarte problematic dacă această formă există.

C. *Orgasmul este modificat sau lipseşte în următoarele forme de coit modificat :*

La bărbaţi :

1. Ejaculare prea rapidă ;
2. Ejaculare înaintea intromisiunii penisului ;
3. Ejaculare fără erecţie ;
4. Ejaculare întîrziată ;
5. Absenţa ejaculării ;
6. Erecţie redusă sau absenţă ;
7. Absenţa erecţiei şi a ejaculării.

La femei :

1. Sensibilitate vaginală scăzută ;
2. Insensibilitate vaginală, insensibilitate clitoridiană sau vaginală ;
3. Insensibilitate vaginală şi clitoridiană ;
4. Vaginism (spasmul vaginal).

D. *În spatele următoarelor fenomene se ascund trăiri sexuale anormale :*

1. Masturbarea, în măsura în care este singura modalitate de satisfacere ;
2. Erotomania (satyriasis, nymfomanie) ;
3. Tulburări grave ale persoanei (travestiţi, narcisism) ;
4. Tulburări funcţionale „surogat" (urogenital, stomac, intestin, sistem vascular) ;
5. Crize psihice generale.

E. *Anomalie aparentă în cazul refuzului partenerului.*

Anomaliile de la punctul A au caracteristic faptul că individul nu suferă din cauza lor, decît atunci cînd intră în conflict cu mediul sau partenerul se apără. Anomaliile 1—6 sînt variante ale sexualităţii normale.

Exhibiţioniştii grafici au fost descrişi de von Behr ; ei au orgasm cînd scriu scrisori pornografice, adeseori adresate unei persoane imaginare sau scrisori netrimise. Uneori scrisorile sînt depuse în localuri publice, ades la şcoli, internate de fete. H. Binder descrie cazuri cu trăsături homosexuale, care în scrisori se transformă în rol feminin.

Popov clasifică astfel perversiunile sexuale :

— homosexualismul ;
— sadismul ;
— exhibiţionismul ;
— fetişismul ;
— pedofilia ;
— gerontofilia ;

— zoofilia (sodomia) ;
— necrofilia.

După L. Michaux vom efectua descrierea tulburărilor de sexualitate divizate în două mari grupe de perversiuni :

A) *Deformări ale actului sexual ;*

B) *Deformări în ce privește alegerea obiectului pentru satisfacerea actului sexual.*

A. *Deformări ale actului sexual*

a) *Sado-masochismul sau algolagnia.* Se cuprind aici două manifestări clinice care, aparent formal, par deosebite, dar care în esență caută să-și realizeze plăcerea din suferință — fie în mod activ — provocînd-o partenerului, fie pasiv, suferind durerea provocată de la partenerul de sex opus.

În primul caz, perversiunea se numește *sadism,* de la numele scriitorului francez, marchizul de Sade, care a descris-o în romanele sale și care se pare că el însuși a suferit de această anomalie. În acest caz, bolnavul nu-și realizează satisfacția sexuală decît făcînd pe partener să sufere. Suferința este provocată partenerului prin flagelare, mușcături, răniri, mutilări, simulacre de violență, torturi, care pot ajunge pînă la crimă efectuată în stare de voluptate.

În al doilea caz, perversiunea se numește *masochism,* după numele scriitorului Leopold Sacher Masoch, care a descris această anomalie și care constă în aceea că satisfacția sexuală nu poate fi realizată decît în momentul cînd bolnavul este (și de multe ori solicită să fie) umilit, dominat sau să sufere fizic.

b) *Voieurisimul sau scoptofilia și exhibiționismul.* „A vedea și a se arăta" în afara oricărei tentative a actului genital, realizează o perversiune, voieurismul sau exhibiționismul, după tendință.

„Voieurul pervers caută a fi spectator, neglijînd aspectul motor al actului sexual" (L. Michaux).

Voyeurul are de cele mai multe ori ejaculare și orgasm spontane, cînd vede o scenă erotică sau se mastrubează.

Triolistul își forțează partenera să aibă raport sexual cu o terță persoană și el se masturbează concomitent. Masturbantul-voyeur și mai ales triolistul nu se consideră anormali și nu doresc să se vindece.

Exhibiționismul, practicat în modul cel mai frecvent, mai ales de către bărbați, constă în expunerea organelor geni-

tale în prezența sexului opus — începînd de la copii și pînă la femei adulte, necunoscute, în locurile cele mai frecventate, școli, cămine de eleve sau studente etc., cu scopul de a obține o excitație sexuală, care conduce prin ea însăși la orgasm sau precede un act de ipsație (onanism).

Exhibiționismul a fost descris prima dată de Laségue (1877) și se produce de obicei fără masturbare, cu ejacularea cu membru flasc și orgasm. Două treimi din aceștia sînt căsătoriți și au raporturi sexuale normale cu soțiile lor.

La unii exhibiționiști orgasmul se produce numai dacă persoana care-l privește se sperie. Actul sexual este incomplet (lipsind partenerul) la fel ca la masturbant, fetișist, pornoscop. Dar exhibiționismul nu are fantezia dezvoltată, de aceea trebuie să privească obiectul sexual dorit, dar neajuns. Stachelin consideră că majoritatea exhibiționiștilor sînt nesiguri, timizi, sfioși, au avut părinți etilici care i-au bătut în copilărie.

Apariția acestei anomalii sexuale este favorizată de viață sexuală neregulată, abstinență (război, boală îndelungată a soției, șomaj, lecturi pornografice, alcoolism și mai rar de stări de confuzie alcoolică, schizofrenie, demență senilă, oligofrenie, maladii cerebrale).

c) *Perversiuni anale și uretrale. Urolagnie.* Plăcerea sexuală este realizată de utilizarea funcțiilor de excreție ale persoanei în cauză sau a altei persoane, putînd merge pînă la realizarea lor *în os.*

B) *Deformări în ceea ce privește alegerea obiectului pentru satisfacerea actului sexual*

Deformarea imaginii partenerului

a) *Pedofilia* — atracția sexuală pentru copii, este relativ frecventă și se realizează fie în scop de realizare a unei malignități cu scop de răzbunare sau scandal, sau pentru satisfacerea perversă a instinctului sexual. Pedofilia se asociază de multe ori cu sadismul sau sodomia.

b) *Gerontofilia* caracterizează atracția sexuală a unui bolnav, tînără pentru bătrîni, dar aici trebuie să deosebim un interes material care stă uneori la baza acestei manifestări, fie că e vorba de o persoană aparținînd unui sex sau altul.

c) *Necrofilia* sau *vampirismul* constă în realizarea actului sexual pe cadavre. „Se poate apropia alegerea unui partener bolnav sau tăiat, care realizează o formă minoră".

d) *Zoofilia* sau *bestialitatea,* se caracterizează prin raporturi sexuale realizate pe animale, mai frecvent în mediul rural, în rîndul bărbaților și excepțional în rîndul femeilor.

În afară de psihopaţi această perversiune se întîlneşte la oligofreni, la bolnavi suferind de demenţe şi la izolaţii sociali (ciobani de ex.).

e) *Fetişismul* se caracterizează prin aceea că personalitatea partenerului este anulată, poate mai corect transferată, identificată cu calităţile sale senzitive, senzoriale şi ideoafective, într-un obiect care aparţine acestui partener şi care-i procură bolnavului excitaţia sexuală — obiecte de îmbrăcăminte, batiste, pantofi, rochii de mătase, fire de păr etc., etc. În prezenţa acestor obiecte, atingerea lor provoacă excitaţia sexuală, realizînd orgasmul, care în prezenţa lor se masturbează.

f) *Masturbarea, autoerotismul, onania sau ipsatia,* nu o putem înscrie în mod automat în cadrul conduitelor sexuale perverse. „Masturbaţia face adesea parte din evoluţia psihologică normală a adolescentului şi nu comportă obligatoriu la această vîrstă o încărcătură psihopatică" (L. Michaux). P. Brânzei subliniază aceeaşi opinie cu privire la această conduită.

Masturbaţia se poate însă manifesta la psihopaţi, oligofreni, nevrotici, psihastenici, la schizofreni, bolnavi demenţiaţi etc. Se deosebesc masturbări asociate cu reprezentări fantastice, masturbări narcisice practicate la vîrsta cînd activitatea hetero-sexuală se impune ca admisă şi normală, sau masturbarea în doi în cazul unor practici homosexuale.

g) *Homosexualismul* constă în atracţia sexuală pe care bolnavul o are pentru individul de acelaşi sex. Se întîlneşte la ambele sexe, cu variantele active sau pasive. Aceasta apare ca tribadism, lesbism sau lesbianism. *Pederastia* este cunoscută încă din antichitate. Kolle o defineşte astfel : „înclinarea unui bărbat pentru un tînăr, care tocmai a depăşit pubertatea".

Cultul phallusului este mai vechi decît cultura greacă. Pederastia a fost practicată mult de greci. Brandt consideră că nu poţi numi pederastia greacă ca ceva pervers, deoarece nu poţi eticheta un popor întreg ca pervers. Această practică avea baze estetic-religioase, implicaţii politice şi educaţionale, dar mai ales implicaţii artistice, literare şi ştiinţifice. Nu este ostilă căsătoriei, ci o completează printr-un factor educaţional. Pederastia a degenerat la romani şi a început să fie privită ca viciu. În literatura medievală această practică nu însemna numai contact sexual, ci şi iubire spirituală. Creştinismul a anulat rolul educativ al pederastiei. Azi acest mod

de satisfacere sexuală este privit ca o anomalie, deoarece „trăirea omenească, în materie de sexualitate, nu se conduce numai după legile naturii ci mai ales după legile culturii, momentane" (Kolle). Dar homosexualitatea există, ea dispare dintr-o cultură și apare în alta.

În etiologia homosexualității a fost implicată ereditatea (Kinsey, nedemonstrat) și educația.

Astfel, s-a constatat că părinții exercită o influență deosebită asupra copiilor, o situație tensionată între băiat și tată și între mamă și fiică. De aici rezultă imposibilitatea de detașare a băiatului de mamă și a fiicei de tată, această fixație stînd la baza homosexualității — după Kolle.

La pubertate copilul rămîne fixat la faza homosexuală datorită acestui moment crucial pe care-l parcurge, la care se adaugă : o iubire nefericită, o boală venerică, o impotență de situație, encefalită, traumatism cerebral (leziuni în apropierea ventricolului III), nimfomanie.

De obicei, homosexualul este activ, partenerul fiind pasiv, iar sodomia sau coitul rectal este practica obișnuită. În același timp acești homosexuali activi obișnuit sînt ambivalenți — și activi și pasivi.

Alte aspecte ale homosexualității sînt :

h) *Uranismul* — homosexualitatea pasivă a bărbatului, „un suflet de femeie într-un corp de bărbat". Comportamentul acestor bărbați este feminin, afectat, cu manierisme, care constituie de obicei elementele pasive ale pedeaștiilor. În mod excepțional, uranicii pot fi ambivalenți.

i) *Safismul* este versantul feminin al uranismului, cu rol activ, protector, cu responsabilități masculine, cu aversiune de cele mai multe ori pentru bărbați, care poate rămîne definitiv. Prozelitismul este destul de frecvent în această perversiune sexuală.

j) *Travestitismul* sau *eonismul* — în cazul acestei perversiuni plăcerea erotică este obținută — putînd merge pînă la orgasm în momentul cînd bolnavul îmbracă hainele sexului opus. Unii autori au apropiat sau identificat această perversiune cu fetișismul. Comportamentul travestitului caută să imite cît mai complet posibil rolul sexului opus.

k) *Trans-sexualismul,* în acest caz, spre deosebire de travestitul masculin care joacă rolul unei femei, în cazul transsexualismului bolnavul se simte și se vrea femeie, identificîndu-se și asumîndu-și cît mai multe caractere feminine.

l) *Narcisismul* constă în atracţia erotică pe care bolnavul respectiv o are pentru propria persoană.

Remarcăm că dacă perversiunea sexuală apare la un adult care pînă atunci a practicat o viaţă sexuală normală, trebuie să ne atragă atenţia asupra unor procese expansive intracraniene, alcoolism, psihoze senile, paralizie generală progresivă etc. La bolnavii senili rămîne dominanta psihologică erotică, în timp ce pe plan biologic s-a instalat impotenţa. În momentul cînd apare, de exemplu, exhibiţionismul, este mai curînd vorba de un instinct sexual dezinhibat.

13. *Reactivitatea hiperestezică emoţională primară,* constituie o altă trăsătură particulară a personalităţilor patologice. Este cunoscut, aşa cum sintetiza M. Ralea, că pentru om sînt particulare „...ultimele achiziţii ale evoluţiei psihologice, deci fenomenele complexe, apărute recent : personalitatea, conştiinţa, judecata, voinţa, sentimentul superior. Comune cu viaţa sufletească animală sînt doar reflexul, instinctul şi actul emotiv simplu. Chiar aceste trei ipostaze de psihism primitiv sînt modificate la om de intervenţia fenomenului general de oprire, chiar şi acestea nu se prezintă pure în ce priveşte dezlănţuirea lor directă cum se întîmplă în psihologia animală".

Se accentuează puţin asupra faptului indiscutabil că instinctul — ca înlănţuire de reflexe — este legat strîns de emoţii ca stări afective primare şi cu atît mai mult de stările de afect (emoţii de mare intensitate, oarbe, dezinhibate, furtunoase şi de scurtă durată) ca „emoţii şoc", acestea din urmă asemănîndu-se prin impetuozitatea lor şi cu dezlănţuirile instinctive.

La personalităţile psihopatice (patologice) vom constata că *„Vechile furii ale stării primitive renasc din cînd în cînd în alcătuirea sufletului nostru. Ele irump cu impetuozitate în anumite momente, peste depunerile succesive pe care civilizaţia le-a efectuat asupra fondului nostru sălbatic. S-ar părea că emoţiile izbucnesc cu o virulenţă bestială, pe care achiziţiile ulterioare nu le pot opri.* Adesea, inteligenţa ne arată lucid şi evident că nu avem de ce să ne temem de un pericol imaginar. Totuşi, emoţia continuă să ne zguduie pe deasupra constatărilor şi verificărilor celor mai clare. *Corelatul fiziologic care întovărăşeşte orice emoţie nu mai poate fi oprit cu uşurinţă de intervenţia voinţei sau gîndirii noastre. Avem de-a face cu stare organică, cu secreţii, fenomene de vasoconstricţie sau vasodilatare, tremurat, accelerare de respiraţie etc., asupra cărora nu putem avea aproape nici o influenţă",* emoţia

fiind în expresia sa un dezechilibru al tendințelor contradictorii. „*Aspectul emoției, prezintă în el o dezadaptare aproape patologică*, scrie Ralea și adaugă în continuare : „*Reflexul, instinctul și emoția se resimt însă în structura lor de puternice acte de brutalitate, de expresie directă, de autonomie în raport cu tendința generală de amînare care caracterizează viața sufletească omenească. Ele se declanșează și funcționează în bună parte spontan și adesea disprețuiesc, ce e drept, orice tentativă de suspendare*".

„...*inhibiția lor se datorește conflictului cu alte funcțiuni: ea e oarecum exterioară lor. Ele dovedesc apropierea și înrudirea noastră cu psihicul animal*" (subl. ns. — M.Ș.), conchide M. Ralea, referindu-se la emoțiile omului normal. Cu atît mai mult la personalitățile patologice funciarmente dezechilibrate, dizarmonice, emoțiile vor scoate la iveală „vechile furii ale stării primitive"... din „alcătuirea sufletului nostru". De aceea, *noi considerăm că reactivitatea hiperstezică emoțională primară, constituie o trăsătură generală și cronică a dizarmoniei psihopatice.*

La personalitățile patologice, nu numai emoțiile sînt perturbate, ci și sentimentele și pasiunile care presupun și au în structura lor procesele de intelectualizare, care introduc în viața afectivă „imagini, vizualizează, adeseori introduc idei, principii, convingeri peste substratul violenței emoționale, care este orb" (M. Ralea), intervenind aici „argumentarea internă" pro sau contra, în care intervin interpretări optimiste, iluzii, speranțe, dezamăgiri, pesimism — în care însă suspendarea prin „complexitate și intelectualizare" realizează echilibrul conduitei normale, fenomen care este deficitar în cazul personalităților patologice, cu atît mai mult cu cît dizarmonia este mai amplă și mai profundă. *În cazul personalităților patologice se constată această contradicție dintre inteligență și afectivitatea superioară, cu structurarea egofilă, care poate ajunge pînă la hipogenezia sau agenezia sentimentelor moral-sociale și la deturnarea patologică a pasiunilor către latura lor patologică și în particular spre motivațiile lor primare. Atunci cînd elaborarea sentimentelor și pasiunilor este săracă și primitivă se poate vorbi de adevărata „idioție morală" și astăzi la unele dintre aceste personalități.*

14. *Insuficiența capacităților volitive de frînare sau de amînare a actelor instinctive, a automatismelor primare, a tendințelor pulsionale impulsive* în raport cu motivațiile bio-psiho-sociale și cu nivelul de integrare ideo-afectivă a personali-

tăţii respective. Din acest punct de vedere, în procesualitatea voliţională intervine inteligenţa, gîndirea, raţionamentul şi, bineînţeles, viaţa afectivă, interesele, dorinţele, aspiraţiile, tendinţa firească a omului către satisfacerea plăcerilor şi sentimentelor. Voinţa este „o depăşire a plăcerii", scrie M. Ralea, care preciza de asemenea că : „A voi, înseamnă a rezista tentaţiilor, a realiza o anumită libertate în raport cu constrîngerea ori seducţia exercitată de sentimente, plăceri, tendinţe primare, native etc. „Împlinirea unui act voliţional cere, evident, un efort de înfruntare a dificultăţilor vieţii, o punere de acord a propriilor trăiri cu normele şi valorile necesare adaptării sociale optimale, în acest proces intervenind confruntarea între motivele contradictorii interioare sau exterioare, fenomen în intimă corelaţie cu structura temperamental-caracterială a personalităţii. Dar, atunci cînd vorbim sau definim voinţa, în mod inevitabil vorbim de atitudine şi, pe de altă parte, în însăşi definiţia voinţei „intră, implicit, un element moral" (M. Ralea).

Referindu-se la evoluţia psihicului uman, M. Ralea nota: *„Curba evoluţiei se desemnează de la izbucnire la amînare"* a reflexului (sentimente şi pasiuni), gîndire şi voinţă, în care intervine amînarea „spontaneităţii naturale". În acest sens, P. Janet vorbea despre *„acte suspensive"*, raportîndu-se la reflex şi percepţie, în timp ce S. Freud atrăgea atenţia asupra *„refulării"* unor tendinţe, îndeosebi sexuale.

Incapacitatea de frînare a tendinţelor instinctiv-emoţionale primare caracterizează personalităţile patologice în cvasitotalitatea lor.

Gurevici arată că psihopaţii nu se consideră bolnavi deoarece nu au senzaţii subiective şi trăiri maladive. Ei se caracterizează prin nestatornicie şi venerabilitate exagerată.

Terminînd aici elementele generale şi esenţiale de semiologie a psihopatiilor vor face observaţia că acestea sînt doar cîteva din trăsăturile clinice ale psihopatiilor, care se găsesc în aproape toate formele clinice, unele dominînd pe altele, trăsătura caracteristică a fiecărei categorii clinice în parte fiind conferită de trăsăturile temperamental-caracteriale şi de nivelul integrării ideo-afective ale fiecărei personalităţi în parte, de profunzimea rebutului dizarmonic al acestei fiinţe pe care o deaprobăm, dar care face totuşi parte din umanitate.

15. *Principiul totalităţii : deviaţiile temperamental-caracteriale determinate de hiper- sau hipodezvoltarea anumitor*

trăsături de personalitate, se răsfrîng asupra întregii personalități și a vieți, psihice, rezultînd în consecință dizarmonia întregii arhitectonici a personalității. Evidențierea unor elemente, tendințe sau trăsături deviante izolate, care nu influențează întreaga structură a personalității, nu justifică diagnosticul de psihopatie. Același principiu este conturat de Petrilowitsch, atunci cînd afirmă că „diagnosticul de psihopatie trebuie să fie un diagnostic pluridimensional", deoarece „trăsăturile personale sub- sau supradezvoltate le vom numi anormale numai cînd ele vor influența în asemenea măsură structura persoanei, încît o vor aduce într-o poziție „excentrică"... numai atunci cînd această trăsătură este atît de dominantă în acțiune, încît se dezvoltă anormal, unilateral și împotriva armoniei persoanei".

16. *Principiul dinamicii* (reprezentînd, de fapt, cumularea, a două principii expuse de Ganușkin : al intensității și al dinamicii) ; deși dizarmonia structurală a personalității psihopatice este o caracteristică permanentă, evoluția ei în timp nu este static-rigidă, ci presupune o dinamică continuă determinată de interacțiunea multiplă și potențarea reciprocă a diverșilor factori constituționali sau psihogenetici.

Situîndu-ne în mod obișnuit la limita între sănătate și boală, dizarmonia psihopatică capătă o expresie net patologică, cu ocazia decompensărilor episodice, a căror evoluție dinamică se evidențiază în diverse grade de intensitate și forme de manifestare în raport cu diferite etape și condiții de viață ale persoanei.

Reluîndu-se ipoteza existenței în anumite cazuri infantile a unor stadii prepsihopatice care ar evolua în direcția unei psihopatii numai dacă nu sunt luate oportun măsuri adecvate psiho- și socio-educaționale (Tramer și Ganușkin), s-au conturat unele modalități și etape specifice de formare psihopatică specifică, mai ales pentru dezvoltările psihopatoide (Kerbikov și Ghindikin : psihopatii marginale), constatîndu-se existența unor stadii inițiale în care evidențierea manifestărilor psihopatoide încă necristalizate, abia sesizabile, instabile și contradictorii, potențial reversibile, sunt strîns corelate cu ambianța socială, mai mult sau mai puțin permisivă și tolerantă, în care acestea se pot manifesta mai mult sau mai puțin selectiv.

Dacă în dezvoltarea ontogenetică a personalității normale, aspectul relativ-dizarmonic, generat de formarea unor „centre

de greutate" în etapele critice de dezvoltare, se menţine în cadrul unor limite care nu deviază semnificativ de la zona de variaţie medie, particulară etapei respective, în cazul personalităţii psihopatice în aceste etape sau vîrste critice, dizarmonia personalităţii — ca expresie a gradului de structurare, maturizare şi a relaţiilor reciproc dintre trăsăturile diverselor structuri sau segmente de personalitate — este exacerbată, căpătînd deseori o intensitate patologică.

Particularităţile de vîrstă determinate parţial de modificări endocrino-vegetative şi factori organici abiotrofici, parţial de factori psihogeni specifici vîrstei — au în acest context dinamic o importanţă deosebită în accentuarea sau atenuarea anumitor trăsături, în conturarea şi fixarea unor noi caracteristici ale persoanei, ca şi în declanşarea decompensărilor sau a mecanismelor compensatorii.

În acest sens, pubertatea şi adolescenţa reprezintă perioadele de maximă evidenţiere a trăsăturilor patologice de personalitate. Adolescenţa constituie, după V. Predescu, „piatra de încercare, proba pe care un copil psihopat nu o poate trece fără zguduiri care, din punct de vedere clinic, se reflectă sub forma unor manifestări ce pot atinge uneori intensitatea psihotică". Tabloul clinic devine mai clar exprimat, mai bine conturat, mai stabil. Ea reprezintă, de asemenea, momentul în care în dezvoltările psihopatoide, criteriile clinice (totalităţii, constanţei, dinamicii), capătă expresivitatea necesară susţinerii diagnosticului de psihopatie.

Perioadele de preclimax şi în special de involuţie pot influenţa dinamica psihopatiei, fie în sensul unei accentuări a trăsăturilor psihopatice (Korsakov, Krasnuşkin), fie a unei atenuări a acestora (Ganuşkin), fie de constatare a unei stadialităţii în care într-o primă fază toate trăsăturile psihopatice anterioare se accentuează şi devin pregnant manifeste social, urmată de a doua fază, în care apare un fel de „încordare psihică" pe una din trăsăturile patologice preexistente (Petrilowitsch) sau, în sfîrşit, pot apare primele decompensări la personalităţi psihopatice ce-şi menţinuseră anterior un relativ echilibru, sublimîndu-şi şi păstrînd latentă dizarmonia personalităţii prin folosirea unor mecanisme compensatorii sau datorită unui mediu psiho-social favorabil. Petrilowitsch este de părere că, indiferent de forma psihopatiei, îmbătrînirea aduce după sine o scădere a impulsului spre acţiune şi o accentuare (sau o apariţie) a introversiunii.

Aceste multiple direcţii de evoluţie posibilă pot fi prilejuite şi de factorii mediului ambiant, care pot influenţa direct sau prin asociere ritmul, evoluţia, natura şi complexitatea tabloului clinic. S-a diferenţiat în acest sens posibilitatea unei evoluţii „inverse" a psihopatiei (H. V. Binder, H. Hoff, Schipkowensky, Leonhard, F. C. Redlich şi Freedman), în care prezenţa unei ambianţe favorabile antrenează şi dezvoltă capacitatea funcţională a mecanismelor de compensare, putînd bloca trăsăturile anormale, făcîndu-le abia perceptibile, sau le pot chiar reduce numai la stadiul de latenţă şi, uneori, la manifestarea unui echilibru relativ stabil, sau, dimpotrivă, influenţele nocive de mediu pot contribui în mare măsură la o evoluţie nefavorabilă a psihopatiei.

Totodată, o serie de factori circumstanţiali patologici pot influenţa, la rîndul lor, dinamica psihopatiei (boli somatice acute sau cronice, alcoolism, traumatisme cronio-cerebrale).

În ceea ce priveşte evoluţia stărilor psihopatiode, s-au constatat unele particularităţi mai mult sau mai puţin specifice acestora, în sensul unei hipersensibilităţi faţă de ulterioarele noxe, factorii toxici (alcool) etc. ; scăderea toleranţei la situaţii psihotraumatizante manifestată prin exacerbări nevrotice sau decompensări psihotice (frecvent despresive) ; atenuarea simptomatologiei paralel cu înaintarea în vîrstă se constată mai puţin frecvent comparativ cu psihopatiile propriuzise.

Sintetizînd datele menţionate privind dinamica evoluţiei psihopatiei, se poate conchide că „rareori se poate prevedea evoluţia unei psihopatii" (A. Sîrbu) deoarece, evoluţia şi prognosticul ei depind atît de semnificaţia predispoziţiei constituţionale, cît şi de factori externi bio-psiho-sociali, care pot fi responsabili de intensificarea exprimării fenomenelor anormale, durata şi calitatea perioadelor de compensare, severitatea şi durata decompensărilor.

Pe de altă parte, în evoluţia dinamică a personalităţilor psihopatice se poate constata coexistenţa trăsăturilor patologice permanente (hiper- sau hipo dezvoltate), „radicali constanţi" ai fiecărui model clinic, cu cea a sindromului sau simptomatologiei dominante într-o amplă etapă a vieţii, profilată pe fondul polimorfismului fenomenologic caracteristic în general psihopatiei.

O perspectivă longitudinală a existenţei psihopatiei poate evidenţia o suită de „radicali constanţi" care apar însă în evi-

denţa clinică sau într-o secţiune transversală nu în totalitatea lor, ci într-un număr limitat şi uneori într-o formă insuficient conturată. Psihopatia îşi poate schimba „numitorul", după cum constată Petrilowitsch. Posibele „oscilaţii între diverşii poli ai constituţiei sale nu sînt modificări structurale, ci doar modificări de nivel ale aceluiaşi potenţial psihopatic; se schimbă doar stilul de manifestare al acestui bagaj psihologic, se schimbă doar numitorul fracţiei, dar formula rămîne aceeaşi". Schimbarea sindromului dominant este exemplificată sugestiv de Petrilowitsch cînd citează de exemplu, cazurile unor timizi nesiguri (în adolescenţă) care la bătrîneţe manifestă reacţii paranoide, sau a unor anankaşti pedanţi, ultra corecţi şi scrupuloşi care „printr-o foarte naturală compensaţie, plictisindu-se de atîta cinste, pot descoperi la bătrîneţe plăcerea fabulaţiei şi devin pseudologi".

Deşi privind într-o perspectivă evoluţionist-dinamică fluxul existenţial al personalităţii patologice, istoria structurării ei, înglobînd o multitudine de manifestări, realitatea clinică impunînd la rîndul ei recunoaşterea interpătrunderii, intricării şi interacţiunii diverselor trăsături dizarmonice şi a unui polimorfism simptomatologic ce face dificilă o delimitare netă a formelor clinice care să se excludă una pe alta, totuşi majoritatea autorilor diferenţiază şi clasifică formele clinice de psihopatie în raport cu simptomatologia sau sindromul dominant (Kraepelin, Kretscmer, Schneider, Ganuşkin, Predescu etc.).

Numărul şi terminologia folosită pentru desemnarea formelor clinice de psihopatie variază de la un autor la altul, ca şi regruparea sau accentul pus pe anumite trăsături ale personalităţii de bază, deşi cei mai mulţi autori păstrează în descrierea clinică particularităţile specifice ale nucleului dizarmonic corespunzător diverselor forme clinice de psihopatie.

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2816
Biblioteca Personală

ALTE CRITERII DE CLASIFICARE A PSIHOPATIILOR

(criterii secundare)

Au mai fost luate în considerare următoarele criterii :

a) — *intensitatea globală* a simptomatologiei și în special a tulburărilor de comportament, diferențiindu-se psihopatii : ușoare, medii și grave (J. Borel, Brânzei, E. Roșu și A. Sîrbu etc.) ;

b) — *tipul de S.N.C.*, diferențiindu-se două grupe : o variantă patologică a tipului puternic neechilibrat (psihopatia paranoidă și hipertimică) și una a tipului slab (psihastenică, isterică, hipocondriacă etc.) — (Slucevski) ;

c) — *predominența tulburărilor activității subcorticale* — 1) tulburări emoțional-instinctive (hiper-hipotimici, excitabili, instabili) ; 2) tulburări instinctiv-volitive (exaltați, insuficienți, impulsivi, perverși) — sau la nivelul activității corticale (tulburări de tip imaginativ și abstract, artistic și intelectual), uneori cu asocierea tulburărilor relațiilor cortico-subcorticale (E. Charancov) ;

d) — *diverse trăsături bipolare ;* extra-introverți (după Jung) ; schizoizi — cicloizi (după Kretschmer) ; agresivi-inadecvați (Strafford) ; inhibați — excitabili (psihiatria rusă).

Stabilirea diagnosticului clinic de psihopatie, implică în mod necesar :

1) Pentru delimitarea psihopatiei de orice altă entitate nosologică, sau de variantele extreme ale personalității normale, este necesară existența caracteristicilor clinice comune și specifice psihopatiei, privite însă prin prisma principiilor fundamentale de delimitare (totalității, constanței, dinamicii etc.).

2) Folosirea criteriului etio-patogenic pentru diferențierea corectă și precizarea formei concrete a tabloului psihopatologic în raport cu etio-patogeneza sa, respectiv folosirea terminologiei corespunzătoare de : „Psihopatie" (subînțelegîn-

du-se psihopatia propriu-zisă sau „de nucleu" ; „Dezvoltare psihopatoidă" ; „Stare psihopatoidă".

3) Precizarea formei clinice a psihopatiei (dezvoltări sau stări psihopatoide) în raport cu trăsăturile psihopatice predominante.

4) Precizarea modalității (nevrotice, psihotice), și a formei clinice de decompensare.

În ceea ce privește modalitățile de decompensare de tip nevrotiform, realitatea clinică demonstrează că oricît de stufoasă ar fi această simptomatologie nevrotică, ea reprezintă în esență în primul rînd „îngroșarea literelor scrise" de istoria evoluției psihopatiei și în al doilea rînd, o îmbogățire și o diversificare a unei simptomatologii nevrotice cu potențial de fixare determinat în principal tot de acest frontispiciu (al persoanei care o poartă). Atunci cînd situațiile conflictuale prin intensitatea sau persistența lor determină trecerea (într-o etapă de tranziție în care elementele nevrotice se sudează cu cele bazale psihopatice), către o decompensare pasageră, de lungă durată sau chiar permanentă, pînă la intensitate psihotică (la prima vedere reactivă), va apare ca un fel de suprastructură a terenului psihopat" (Predescu).

Forma și intensitatea decompensărilor nevrotice sînt strîns corelate, cu forma clinică a psihopatiei pe fondul căreia se suprapun și condițiile care au dus la apariția decompensării (Constanța Parhon-Ștefănescu, Meiu, Predescu etc.).

Ca o caracteristică specifică a modalităților de decompensare psihotică s-a constatat caracterul atipic și poliform al tablourilor clinice descrise în acest caz (A. Sîrbu).

Pe baza criteriilor indicate de stabilirea diagnosticului clinic de psihopatie se va putea realiza o diferențiere corectă a acestui grup de afecțiune de alte categorii nosologice.

Se întîlnesc însă, în practica curentă o serie de situații în care realizarea unei demarcații nete este dificilă și aceasta în special pentru cazurile situate în zonele intermediare, de trecerea cursivă, limitrofe, în care psihopatia se poate interfera cu : variante extreme ale normalității, dezvoltări nevrotice, evoluții psihotice episodice sau sub formă de dezvoltare, tulburări de comportament din oligofrenii sau demențe etc.

Diagnosticul diferențial se face cu :

— Variantele extreme ale normalității („personalități cu trăsături accentuate" și „ personalități accentuate" — Leonhard ; grupul larg al „personalităților anormale" variind mai mult, sau mai puțin în plus sau în minus față de media sta-

tistică — Schneider, Petrolowitsch ; anumiți „dezechilibrați simpli" sau „complecși" — literatura franceză).

Există dificultăți obiective de diferențiere : — stările de trecere sînt uneori inobservabile, lipsesc liniile precise de delimitare, dizarmoniile psihopatice în afara perioadelor episodice de decompensare păstrează similitudini cu persoanele normale fiind mult mai aproape de starea de sănătate, decît de cea de boală ; cazuri de dinamică particulară a psihopatiei implicînd uneori perioade îndelungate de latență și manifestînd un relativ echilibru datorat mecanismelor compensatorii și influenței unui mediu favorabil.

Elementul de bază al diagnosticului diferențial va fi reprezentat în acest caz de principiul „totalității" dizarmoniei psihopatiei, din care rezultă că hipo-hiperdezvoltarea anumitor trăsături patologice care ajung să perturbe întreaga structură a personalității și se repercutează asupra întregii existențe a individului.

Ineficiența sistemului adaptiv rezultată din dizarmonia structurii personalității și existenței unei false imagini despre sine, concretizată prin nerecunoașterea propriilor deficite structurale și atribuirea anturajului responsabilitatea conflictelor și insucceselor proprii — caracterizează personalitatea psihopatică de-a lungul existenței sale și o definesc delimitînd-o de categoria afecțiunilor nevrotice. Nevrozele sînt reacții sau stări de origine predominant psihogenă, avînd ca efect o diminuare a capacității adaptive și caracterizîndu-se printr-o „contractură egofobă", preocupare neliniștită cu conștientizarea penibilă și adesea excesivă a simptomelor morbide și modificărilor survenite, comparativ cu comportamentul anterior îmbolnăvirii, atitudinea critică față de boală determinînd implicit evitarea inhibitivă a reacțiilor conflictuale și încercarea de apropiere de platforma omului echilibrat.

Apar și aici, unele dificultăți de diferențiere, în special între „dezvoltările nevrotice" (nevroze de caracter, caracter nevrotic) și „dezvoltările psihopatoide" determinate de „preponderența patogenică a factorilor de mediu, existența unui stadiu inițial de formare în care criteriile totalității, constanței, dinamicii etc., sînt mai greu evidențiabile și existînd posibilitatea ca în condiții adecvate să se constate o „evoluție inversă" a dizarmoniei psihopatice ducînd la manifestarea unui relativ echilibru ca efect al eficienței mecanismelor de compensare".

Diagnosticul diferențial se va baza în acest caz pe considerarea simultană a trăsăturilor clinice caracteristice psihopatiei privite prin prisma principiilor fundamentale de delimitare și a criteriilor biopsihosociale de stabilire a diagnosticului clinic de psihopatie.

Raportarea se face la aceleași criterii când este necesară diferențierea de afecțiunile psihotice caracterizate prin „procesivitate" ca și de tulburările de comportament din oligofrenii și demențe în care pe primul plan se impune insuficiența dezvoltării cognitive și respectiv deterioraea semnificativă a potențialului intelectual anterior.

În diagnosticul diferențial al formelor de psihopatie în raport cu etiologia lor, examinările paraclinice și în special examenul de laborator, prin investigații EEG și PEG pot contribui în mod util. Astfel, pentru diagnosticarea stărilor psihopatoide apar ca elemente semnificative de diferențiere, prezența factorilor care au intervenit în perioadele pre-, intra- și post natală, perturbînd și deformînd dezvoltarea personalității, obiectivabile prin modificările EEG (cu activare), existența fenomenelor lezionale, anomalii ale ventricolului III, specifice prin frecvență și pondere.

Din punct de vedere sociologic psihopatia este o formă a comportamentului aberant.

Cercetarea sociologică a psihopatiilor contribuie la analiza cauzelor legate de antecedente care duc la tulburarea personalității și a condițiilor în care sînt încălcate normele sociale prin conduita bolnavului ca și poziția societății față de acesta.

TIPURI ȘI FORME CLINICE ALE PSIHOPATIILOR DUPĂ DIFERIȚI AUTORI

V. Magnan și P. M. Legrain raportîndu-se la dezechilibrați sub raportul „stării mintale" notau că aceștia sînt „bizari, descreierați, excentrici, originali", termeni utilizați atît în limbajul curent, ca și în cel științific. La această categorie de dezechilibrați „...facultățile zise superioare ale spiritului, au dobîndit o mare dezvoltare ; dar bizareiile multiple de adaptare a acestor facultăți relevă în același timp dezvoltarea lor foarte inegală, o veritabilă dezordine funcțională. Se poate spune despre acest degenerat că el ar poseda elementele necesare pentru a deveni o ființă destul de ponderată, dacă i-ar fi fost posibilă dirijarea constantă a gîndirii sale și a actelor sale către o finalitate convenabilă. Lucru remarcabil, ei fac o treabă defectuoasă cu un instrument ale cărui rotițe sînt adesea complete și bine construite. Mijloacele sale, atît de puternice cîte sînt ele, rămîn parțial inutilizabile, ...gîndurile și actele sînt într-o constantă antiteză ; omul de ieri nu mai este cel de mîine, deși are o inteligență normală, o putere critică, dar o activitate dezordonată, în raport cu normele legale, situîndu-se la frontierele nebuniei", „omul poate fi un alt lucru decît un alienat sau un nonalienat", unii dintre ei fiind capabili să ocupe funcții importante în societate. El poate fi „un savant, un magistrat, un mare atist, un matematician, un politician, un administrator priceput". V. Magnan situa aici perversiunile sexuale,cleptomania, piromania, impulsurile omuicideare, impulsurile suicideare, mania cumpărăturilor (oniomania), artimomania, nebunia îndeosebi, dipsomania etc., pe care le denumea cu termenul generic de *„monomanii"*, cărora le subliniază „conștiința lucidă, lupta angoasantă, irezistibilitatea, ușurarea consecutivă consumării actului" în centrul acestor pulsiuni ale dezechilibratului aflîndu-se obsesia-impulsiune.

„Folia morală", era considerată tot în contextul reductionist impulsiv-obsesiv al dezechilibratului și bine înțeles pro-

totipul „foliei lucide" cu expresiile „monstruase ale inteligentei îndreptate spre rău", un „delir al actelor" particular acestor personalități obsesionale, aberante, urmînd de aici că „nebunii morali" ar fi *„barbari mintali"*.

În ce privește relațiile dintre Dezechilibrați și Personalitățile psihopatice discuțiile s-au purtat și continuă încă, iar beneficiul pentru clinician este evident, avînd în vedere multiplele aspecte biologice, psihologice și sociale puse în discuțiile tot atît de controversate și desigur în aceiași măsură binevenite fie că este vorba de delincvență, disocialitate, inadaptabilitate, agresivitate, etc., etc. Koch își bazează considerentele clinice pe teoria degenerescenței atunci cînd abordează studiul *inferiorități psihopatice*. Chiar dacă noțiunea de „inferioritate... este cît se poate de relativă, a dus la multe false interpretări, mai ales că a dus și la judecăți de valoare negative. morale și sociale", așa cum observă K. Schneider.

Koch împarte inferioritatea psihopatică în trei forme clinice, gradual diferite. Redăm după S. Schneider, în cele ce urmează clasificarea lui Koch :

Prima formă de inferioritate psihopatică descrisă de autorul german ar corespunde astăzi „psihopatiei astenice" cu psihismul său fragil.

A doua formă — *„tara psihică înnăscută"*, cuprinde aproape toate tipurile de psihopatii. Koch dă următoarea descriere : „profanul consideră că acești oameni sînt copii susceptibili, leneși, cruzi, duri, incorigibili, capricioși, originali, exaltați, talente deraiate, genii ratate, perturbatori sociali, indivizi răi, refractari oricărei tentative de corectare" (apud K. Schneider).

A treia categorie — *degenerescența psihopatică înnăscută*, cuprinde debilitate morală și intelectuală, și care are o cauză somatică, congenitală.

CLASIFICAREA PSIHOPATIILOR DUPA E. KRAEPELIN

1. *Iritabilii :* se caracterizează prin reacţii puternice la iritaţii mici, afectivitate neadecvată diferitelor cauze. În timpul acceselor aceste persoane pot deveni periculoase cu tendinţă la suicid şi crimă. În perioada de acalmie e posibilă o neclară amintire a celor petrecute.

2. *Instabilii :* se caracterizează prin mobilitate emoţională, slabă capacitate de muncă. Ajung frecvent sub influenţa narcomaniilor, alcoolismului.

3. *Mincinoşii şi fanteziştii :* au imaginaţie exagerată, activitate scăzută a funcţiilor psihice. Ei par la prima vedere capabili, culţi, cu o strălucire exterioară, în realitate distraţi, uşuratici, neantrenaţi în muncă. Necesităţile lor emotive găsesc satisfacţie în fantezie, născociri, minciuni, prin manifestările lor se apropie de isterie.

4. *Absurzii :* se caracterizează prin absenţa consecvenţei manifestărilor psihice. Sînt izolaţi, singuratici, preocupaţi de gîndirea abstractă şi de logica gîndirii, sînt timizi, autişti sau din contra, prea degajaţi şi se acomodează greu mediului sustrăgîndu-se unei activităţi productive.

5. *Certăreţii :* caracterizaţi prin instabilitate pronunţată, egoism, încăpăţînare, se ceartă mereu cu cei din jur, se apropie de iritabili însă se deosebesc de aceştia printr-o stabilitate a încordării afective.

6. *Impulsivii :* caracterizaţi printr-o activitate determinată de impuls provenit din subconştient. Se observă pervensiuni patologice ale tendinţelor cu o atracţie deosebită spre alcool, morfină, toxice ce accentuează trăsăturile dizarmonice ale comportamentului.

7. *Psihopaţii antisociali :* aceştia intră inevitabil în conflict cu societatea, găsesc satisfacţie în a tortura pe cei din jur şi au un intelect de obicei normal.

8. *Perversiunile impulsive :* se apropie de impulsivi. La femei — tendinţă la otrăviri, cleptomanie. La bărbaţi — dromomanie. Toate aceste tendinţe dispar cu timpul.

CLASIFICAREA PSIHOPAȚILOR DUPĂ KURT SCHNEIDER

În *„Psihopatologia clinică"* autorul german efectuează o sinteză asupra clasificării „personalităţile psihopatice" în cadrul cărora distinge :

1) *Psihopaţii hipertimici sau activi* sînt caracterizaţi prin dispoziţie veselă, temperament viu, (sanguin), buni, serviabili, talentaţi, cu randament bun, superficiali, neserioşi, nesiguri, au puţin simţ critic, uşor influenţabili, imprudenţi, naivi, vanitoşi, optimişti — aceştia constituind grupul hipertimicilor *echilibraţi* — alături de ei fiind hipertimicii *agitaţi*, excitaţi şi a căror dispoziţie nu este obligatoriu veselă.

Hipertimicii intră în cercul psihopaţilor cverulenţi instabili, susceptibili, insuportabili, se amestecă în toate, se împacă apoi uşor şi redevin prieteni, schimbă uşor mediul şi situaţiile, faciesul este instabil, bunele obligaţii sunt uşor uitate, experienţele neplăcute nu sînt profund trăite.

2) *Psihopaţii deprimaţi* sînt de obicei de temperament sanguinic, calmi, rar flegmatici, pesimişti faţă de viaţă sau sceptici, apăsaţi de angoasă permanentă, nesiguri şi neîncrezători, nu trăiesc cu plăcere bucuria, idei triste, grijulii, introspectivi, se îndoiesc de valoarea lor şi de sensul existenţei, rezistă greu stărilor negative exterioare, neliniştiţi interior în profunzimile fondului lor psihic, ştiu să mascheze şi să reglizeze trăirile lor, apărînd ca veseli şi activi ca în „mania angoasei" sau în „mania fugii" fără a corespunde realităţii. Sînt austeri, muncitori infatigabili, nu se bucură de succesele lor, destul de orgolioşi, sub aparenţă de simplicitate şi placiditate, aristocraţi suferinzi, reflexivi înclinaţi spre reverie, alură de estet în raport cu trăirile exterioare.

Există o variantă *melancolică* moale, buni, dar cu frică, *sumbri*, reci, iritabili, neîncrezători, excitabili, ranchiunoşi, perverşi, se bucură de răul altora, pesimism fanatic.

3) *Psihopaţi timoraţi* deşi nu sînt departe de deprimaţi se caracterizează prin sentimentele de insecuritate interioară, lipsă de încredere în sine, lipsa libertăţii interioare şi timiditatea sunt uneori compensate printr-o falsă siguranţă de sine sau chiar aroganţă, scrupuloşi, insuficienţă uneori a comportamentului etic. Kretschemer a descris scrupuloşii etici ca senzitivi din cauza dezvoltării lor paranoide dar care nu ajung „în linie dreaptă la psihoză". Senzitivii au viaţă de probitate, sunt scrupuloşi, exageraţi, ruminează îndelung. Pe acest teren apar *procese obsesionale* — dar în acest caz nu se pune problema unei nevroze obsesionale, ci se va vorbi mai cu îndreptăţire de psihopaţii anankaşti sau obsedaţi.

Aceste personalităţi prezintă *intuiţii obsedante* acompaniate de culpabilitate, angoasă, uneori domină obsesiile, care se înlocuiesc unele pe altele în cîmpul conştiinţei, alternînd unele cu altele, iau măsuri de protecţie incomprehensibile, sînt prudenţi, dispoziţie obsesională primară şi impulsuri obsesionale.

4) *Psihopaţii fanatici* îşi exagerează meritele şi îşi supraapreciază opiniile, expansivi, hiperactivi, cverulenţi pentru drepturile lor reale sau imaginare, se bat pentru ideile lor sînt şi fanatici colerici, dezinteresaţi de realitate, fantaşti, puţin combativi pe care Schneider îi denumeşte *fanatici moi* spre deosebire de cei cverulenţi la care pot apare procese paranoide care depăşesc neîncrederea şi a cărei conţinut este gelozia. Aceştia nu sînt simple personalităţi expansive ci personalităţi cu structură complicată cum le spune Krethschmer.

5) *Psihopaţii vanitoşi* vor să apară mai mult decît sînt : orgolioşi, artificiali, simt nevoia de a se *valorifica într-o manieră de a fi excentrică*, atrag asupra lor atenţia, apără opinii neobişnuite, teatralism, pseudologi fantastici, intră în rolurile pe care şi le imaginează fără a-şi da seama că părăsesc realitatea aşa cum procedează copiii, creează relaţii interpersonale false, dificile, de idolatrie ce merge la indiferenţă şi apoi la calomnie.

6) *Psihopaţii cu dispoziţie labilă* sînt excitabili şi depresivi cu oscilaţii dispoziţionale imprevizibile în care este greu de spus dacă aceste distimii sînt sau nu reacţionale — adică dacă au o motivaţie psihică. Au zile cînd sînt deprimaţi persistent, fără a fi cu nimic reactivi. Acestora le corespund fugile, excesele de băuturi, uneori impulsivi, impetuoşi şi fără motiv comprehensibil. Ei au fost clasificaţi uneori ca *psihopaţi epileptoizi* denumire pe care K. Schneider o respinge.

7) *Psihopații explozivi* sînt persoane care explodează la cel mai anodin motiv ; sînt susceptibili, iritabili, irascibili, posedă reacții primitve, în sensul lui Kretschmer. Un cuvînt care-l atinge îl determină să explodeze cu insulte și furie înainte de a înțelege sensul și a realiza valoarea cuvîntului rostit.

8) *Psihopații reci* sînt cei pentru care compasiunea, pudoarea, onoarea sînt inexistente sau aproape ; sînt sumbri, reci, adesea impulsivi, brutali, cruzi ; nu pot fi educați sau ameliorați ; pot fi criminali impasibili și extrem de sociabili, fire de fier cu inteligență superioară.

9) *Psihopații abulici* nu opun nici o rezistență oricare ar fi influența externă. Sînt ușor influențabili în bine și în rău, dar influențele bune nu persistă mult. Pe plan social instabilitatea îi caracterizează definitoriu.

10) *Psihopații astenici* sînt leptosomi ca structură corporală și sînt divizați de K. Schneider în două subgrupe care obișnuit se combină. *Prima grupă* reunește pe cei *care conștientizează propria lor insuficiență psihică :* randament scăzut, incapacitate de a se concentra (hipoprosexie), hipomnezie, suferă din cauza experiențelor de alienare în care caz lumea percepțiilor, activitatea și sentimentele lor li se par îndepărtate, ireale, inautentice. Aceste stări sînt inconstante, sînt provocate de introspecție sau întreținute de ea. La cele mai mici eșecuri devin anxioși ; angoasa le conferă nesiguranță ceea ce-i conduce la perseverență și repetiție. Conduitele psihice și actele lor au nevoie de o anumită naivitate spre a fi realizate. *A doua grupă* este constituită de cei al căror corp are funcțiile ușor perturbate din motive caracteriologice. Acuză deranjamente tot timpul, tulburările funcționale nu sînt marcate și dispar rapid. Astenicul își dirijează atenția asupra propriului corp și perturbă astfel funcționarea armonioasă a organelor, agravate de cauze psihogene care prelungesc tulburările reale ale funcțiilor dar care nu sînt responsabile în mod primar de aceste labilități funcționale. K. Schneider pecizează că : „Acești psihopați nu trăiesc în contact cu lucrurile, ci perpetuum în ei înșiși, observîndu-și funcționarea organelor lor ; ei pierd astfel inocența necesară menținerii armoniei funcționale a corpului. Astenicul se plînge de epuizare rapidă, insomnii, migrenă, tulburări cardiace, circulatorii, vezicale, tulburări menstruale și altele încă. Nu este îndoielnic că acești psihopați astenici au tulburări corporale care, foarte adesea, *nu sînt psihogene ;* rolul autoobservației în apariția acestor tulburări trebuie să fie

limitat. Este evidentă că introspecţia adesea nu este responsabilă ; totuşi, distragerea pe care o antrenează o ocupaţie face să dispară tulburările. Ar fi o anticipare gratuită a admite în general tulburările sistemului nervos, labilitatea neurovegetativă, neurastenică ; iată pentru ce este mai prudent şi de o manieră indeterminată, să vorbim de labilităţi somatice, de *somatopatii*. Noi facem aici abstracţie de bolile propriu-zise, dar acestea pot, *în parte*, juca un rol asemănător în apariţia tulburărilor", (apud : K. Schneider).

CLASIFICAREA PSIHOPATIILOR DUPA E. KAHN

Această clasificare e bazată pe simptome psihice şi nu ţine seama de relaţiile dintre însuşirile psihice şi somatice. Această clasificare este foarte uzitată.

Kahn, iniţial deosebeşte 15 tipuri :

— nervoşi ; fricoşi ; impresionabili ; cu stări obsesive ; iritabili ; hipertimici ; depresivi ; cu dispoziţie labilă ; cu sînge rece ; cu voinţă slabă ; perverşi sexuali ; cu pasiuni crescute ; isterici ; fanatici ; ciudaţi.

Ulterior Kahn face o altă clasificare conducîndu-se după trăsăturile *instinctive, temperamentale, caracteriale* şi *de personalitate :*

a) *după instincte :*
— impulsivi :
— cu tendinţe slăbite ;
— sexuali (perverşi sexuali).

b) *după temperament (psihopatii distimice) :*
— hipotimicii ;
— hipertimicii ;
— poikilotimicii.

c) *după caracter (psihopatii distone) :*
— care subestimează eul propriu ;
— care supraestimează eul propriu,
— ambitendente.

d) *după personalitate :* (utilizează concepţia constituţionalist-somatică după Kretschmer) şi clasifică personalităţile psihopatice în :

— instabilii, schizoizii, autiştii, recii, cu stări obsesive, senzitivii, istericii, ipohondriacii, certăreţii, ciudaţii, astenicii.

În clasificarea efectuată de Kahn după trăsăturile personalității se folosesc principiile constituționalist-somatice și deasemenea clasificarea lui Kretschmer și K. Schneider. Expunem în continuare clasificarea lui E. Kahn, așa cum a rezumat-o autorul :

„KRAEPELIN și toți clinicienii, au adunat un material enorm de psihopați, pe care apoi i-au grupat după caracteristici psihologice ; cei care fac numai tipologie psihopatică, adună un material mult mai imens (pentru că se folosesc de rezultatele tuturor clinicienilor) pe care îl ordonează după *principii exterioare cazuisticii.* Categoriile lui KURT SCHNEIDER sunt de cele mai multe ori *clinice,* chiar și dacă ei face eforturi foarte lăudabile pentru a intra în *mecanismele de producere a psihopatiei.* Dar în același timp tipologia lui SCHNEIDER reprezintă și o sinteză a tuturor clasificărilor de la început, până la 1923. *Noi vom urma în mare clasificarea lui KURTH SCHNEIDER, cu toate că suntem de părere că este o problemă de gust și de amănunt, ce fel de etichetă pui unei anumite forme de psihopatie.* Mai ales *atunci cînd avem la îndemînă două adjective pentru aceeași manifestare psihologică este chestiune de intuție și de maleabilitate lingvistică,* pentru care *ne decidem.* Iată de ce în locul tipului„*gemütskalt*“ și a lui „willenschwach“, noi opunem „*gemütlos*“ și „*willenslos*“, fără să ne gândim însă la altă realitate clinică decât SCHNEIDER. Noi, da fel cu SCHNEIDER, *ocolim concepte care să aibă semnificație socială tocmai pentru a ocoli, implicit, orice semnificație morală.* Clasificarea noastră clinic descriptivă are următorul punct de plecare : (subl. ns. — M. Ș.).

1. Nervöze
2. Angstliche
3. Emfindsame
4. Zwangamenschen
5. Erregare
6. Hyperthyme
7. Depressive
8. Stimmungslabile
9. Gemütskalte
10. Willenschwache
11. Triebhafte
12. Sexuall Perverse
13. Hysterische
14. Phantastische
15. Verbohrte (încăpățânat)
16. Verschrobene (bizar, sucit).

Noi avem deci cu 6 grupe mai mult decât SCHNEIDER pentru că anxioșii, impulsivii și fantasticii sunt grupe separate la noi pentru că am inclus perverșii sexuali și pentru că din timizii lui SCHNEIDER facem grupă aparte (la el

erau subgrupă) și pentru că fanaticul lui SCHNEIDER apare la noi în două ipostaze independente : *încăpățânatul și bizarul*. Iată un scurt rezultat al caracterizării acestor forme :

1. *Nervöze* (nervoșii) sunt tot ceea ce s-a descris și ceea ce J. H. SCHULTZ descrie sub numele de konstituitionelle Nervosität. Cu toate că J. H. SCHULTZ insistă mult asupra simptomelor neuropatice (deci a celor somatice, care odinioară se numeau semne de degenerescență) noi credem că tot așa de importante sunt și simptomele psihice. La KURT SCHNEIDER nervoșii sunt trecuți sub *eticheta astenicilor*, fapt pentru care psihopatul nervos este de multe ori confundat cu un neurotic, ceea ce nu este nicidecum Anxioșii, senzitivii și anankaștii care urmează, sunt de multe ori, implicit și nervoși, fapt pentru care sunt de multe ori *confundați cu neuroticii.*

2. *Angstliche* (anxioșii) se caracterizează printr-o predispoziție spre anxietate. Cei mai mulți sînt preocupați să ofere un conținut anxietății lor, să o facă palpabilă clinic. Firește că *acest tip este capabil* de exacerbări critice, de *nevroze anxioase.*

3. *Empfindsame* (sînt *senzitivii nesiguri* ai lui KURT SCHNEIDER, senzitivii lui KRETSCHNER, gemütswiche a lui BUMKE, *psihopatul psihastenic* al lui JANET) sînt psihopați crre se caracterizează printr-o *sensibilitate de mimoză,* dublată de o impresionabilitate extremă și incapacitate de descărcare.

4. *Zwangsmenschen* (obsesivii). La Kurt SCHNEIDER *senzitivul și obsesivul* erau cuprinși sub termenul unic de *nesiguri. Firește că obsesivul se apropie mult de senzitiv.* Dar credem că ambele tipuri există în stare pur separată.

5. *Erregbare* (termen lansat de KRAEPELIN, la GRUHLE sînt numiți „erethiker"), nu lipsesc din nici o clasificare. La capitolul *explozivi* (care la mulți autori sînt identici cu iritabili) KURT SCHNEIDER spune : „corelația la alte forme de psihopatie este așa de strînsă în aceste cazuri — *iritabilii* — încît se naște întrebarea dacă nu cumva *explozibilul este un fenomen secundar al oricărei psihopatii".* Totuși există forme de psihopatie la care unicul semn. de boală este *iritabilitatea maximă,* însoțită de o capacitate crescută de descărcare. Firește că din punct de vedere clinic sînt înregimentați în acest grup și mulți *excitabili.* Toți psihopații *iritabili* reacționează la modul de *scurt-circuit,* în orice împrejurare care se dovedește a fi pentru alții fiziologică (dar ajută

şi exogenul supraadăugat, de exemplu alcoolul). Acestea sînt *reacţiile primitive ale lui KRETSCHMER. Reacţiile lor afective sînt nemijlocite, directe, ca la copii.* KRAEPELIN a atras de altfel atenţia asupra acestei asemănări. Anumiţi certăreţi (*pseudoquerulanţi*) aparţin tot aici.

6. *Hyperthyme* (hipertimici), termenul e lansat de SCHNEIDER, KRAEPELIN îi numeşte „konstituionelle Erregung", iar *BUMKE „constituţie hipomaniacală"*, iar van DEVENTER întrebuinţează nefericitul termen de „inferioritate sanguinică", sînt *persoanele euforice* care văd toată viaţa în roz şi găsesc în fiecare eveniment numai partea plăcută. Sînt optimiştii mereu în acţiune, chiar şi dacă sînt incapabili să termine vreuna.

7. *Depresivii* sînt polul opus al celor de mai sus. KURT SCHNEIDER îi numeşte tot *depresivi.* KRAEPELIN îi numea „depressive Veranlagung" sau „konstitutionelle Verstimmung", *BUMKE vorbeşte simplu, despre un temperament depresiv.* Mulţi dintre iritabili aparţin tot la această grupă. Sînt pesimiştii, distrofici, serioşi, cu anumită lentoare şi exagerat spirit critic.

8. *Stimmungslabile (instabilii emotivi),* numiţi la fel şi de KURT SCHNEIDER şi de HOMBURGER. KLEIST îi numeşte *instabili afectivi autohtoni şi reactivi. F. SCHOLTZ periodici, KRETSCHNER ciclotimi.* Sînt oscilanţi între bună dispoziţie şi tristeţe. *Aceste două modalităţi de a reacţiona afectiv, pot apărea autohton, dar şi reactiv.*

9. *Gemütskalte,* KURT SCHNEIDER îi numeşte gemütlose, F. SCHOLTZ „moralisch Anesthesische", MEGGENDORFER *paratimici,* GRUHLE *torpizi* şi *indolenţi.* Sînt psihopaţii ostili faţă de orice comuniune socială afectivă, KRAPELIN îi şi numeşte *duşmanii societăţii* (Gesellschaftsfeinde). Aceşti oameni nu cunosc, în realizarea scopurilor lor, nici mila nici scrupulele. În funcţie de diferenţieri cantitative, putem distinge între Gemütsarmen şi Gemütshalten. *Moral insanity* aparţine aici.

10. *Willensschache.* Kokh îi numea „Unruhilge" *(neliniştiţi),* alţi autori vorbesc despre „Unstete" *(nestatornici),* BIRNBAUM preferă termenul de *„Instabile"*. SCHNEIDER, care îi numeşte Willenlose, este de părere că în foarte rare cazuri *abulia* singură este nota dominantă a structurii persoanei. De cele mai multe ori este vorba de imixtiuni din cele mai variate tipuri psihopatice, mai ales cu *nestatornicul nu-*

mit de KRAEPELIN „Haltlos“, care este şi *criminal şi vagabond.*

11. *Triebhafte (impulsivii).* KRAEPELIN distinge între Triebmenschen şi *„impulsives Irresein“*. Alţi autori vorbesc despre *epileptoid.* Ei se caracterizează prin faptul că dau curs liber după o scurtă deliberare, luptă cu voinţa sau absenţa acesteia oricărei situaţii instinctive, care apare şi la omul normal, dar pe care acesta o frânează sau o canalizează în acţiuni sociale aprobate. Se va vedea mai jos că dătătoare de ton nu este numaidecît intensitatea instinctului.

12. *Perverşii sexuali.* Au acelaşi mecanism psihopatologic ca şi *impulsivii,* pentru că urmează orbeşte un instinct deslănţuit. Firește că semnele clinice ale perversităţii sexuale. sînt foarte laxe. De altfel sîntem într-un domeniu în care se vede limpede că psihopatia nu poate fi delimitată strict numai cu mijloace clinice descriptive.

13. *Istericii.* KURT SCHNEIDER întrebuinţează pentru această categorie termenul de Geltungsbedürdtige *(megalomani)* pe care-l modifică în 1918 în „Gelturgssüchtige“ (geltung — importanţă, such — manie, pasiune). Sînt persoane care au aspectul de *neautentic, fals,* la care totul este *iluzie exterioară şi formală, fără de conţinut.* BUMKE spune despre ei că înfăţişarea lor *firească este poza.* Chiar şi dacă la acest tip survin foarte des *manifestări motorii isterice* şi tulburări *de conştiinţă isterice,* ele nu sînt lege.

14. *Fantasticii.* Sîntem de părere că *pseudologul (pseudologia phantastică* a lui DELBRUCK, lügner şi SCHWINDIER la KRAEPELIN, *degenerative Phantasten* la BIRNBAUM) aparţine grupului de *psihopatie isterică.* La grupul *fantasticilor* includem numai *fantastul visător.* Aceasta din urmă, spre deosebire de isteric, are o activitate redusă (GRUHLE), o mică pasiune a valorii false (KURT SCHNEIDER), pentru a întrebuinţa o expresie fericită a lui KRONFELD *„fantastul se păcăleşte pe sine, pseudologul minte pe alţii“.*

15. *Verbohrte (încăpăţînaţi, obstinaţi),* (La KRAEPELIN, Schkarmen şi Verbohrte, la KURT SCHNEIDER *fanatici).* Sînt persoanele care odată ancorate într-o idee, luptă *fanatic* pentru ea ; aici aparţin din punct de vedere clinic *paranoizii* şi *cverulanţii.*

16. *Verschrobene* (bizar) numiti astfel de către KRAEPELIN verschrobene Fanatiker la STERTZ — la care aparţin în fond *încăpăţînaţi, persoanele paranoide* la GRUHLE. Sînt oamenii care în orice domeniu de activitate, în orice compar-

timent al vieții ilor sufletești, se manifestă aparte, *bizar*, sucit, excentric, pe dos.

Cele 16 categorii amintite mai sus sînt pentru noi un punct de plecare clinic, și nu un prilej de polemică teoretică. Orice grupare a persoanelor psihopate trebuie să se bazeze numai pe scoaterea în evidență a *tipicului* chiar și dacă aceste caracteristici tipice confluiază unul într-altul, în clipa în care analizăm mai profund fiecare caz. Analiza mai profundă a psihopatului pune în evidență portrete de persoane psihopate (GRUHLE) sau cum spune KURT SCHNEIDER *„analiza vie a cazului pune în evidență portrete, caractere în sensul lui Teophrast, și nici într-un caz tipuri"*. Dar descrierea clinică rămîne necesară.

Totuși ceva nu e în ordine aici, pentru că — pe drept sau pe nedrept — clinicienii și psihiatrii au înglobat tendințelor lor nozologiste tipurile de persoane anormale, alături de paralizie generală sau schizofrenie, deci *au făcut din psihopatie o boală*. Chiar și dacă variantele persoanei umane, deviază mult de la normal, ele nu trebuiesc puse cu tot prețul pe patul nostalgiei lui Procust.

KURT SCHNEIDER a atras pe bună dreptate atenția asupra faptului *că nu există — clinic vorbind — tipuri pure*. În clinică *vom afla întotdeauna combinări tipologice*. Dar tipologiei lui KURT SCHNEIDER îi lipsește un principiu conducător, care să depășească caracteristicile psihice care definesc fiecare formă de psihopatie. Pe de altă parte *este destul greu să pui diagnosticul unei psihopatii, unidimensional, deci în funcție de un singur simptom precumpănitor ;* ideal este să ajungi *la un diagnostic pluridimensional*, cu toate că E. KRAEPELIN a atras atenția asupra faptului că *eticheta ultimă a oricărui diagnostic, indiferent de ce fel de maladie este vorba, depinde totuși numai de precumpănirea și trecerea pe planul întîi al unui simptom.*

Totuși *diagnosticul psihopatiei trebuie să fie unul multidimensional, structural, analitic*. Există apoi trăsături psihopatice comune la multe tipuri (iritabilitate psihopatică) după cum aceeași trăsătură (iritabilitatea) poate defini o formă aparte (psihopatie iritabilă). În ce privește tipologia lui KRETSCHMER *(ciclotim și schizotim)* noi nu credem că ea poate forma un punct de plecare al studiului psihopatiei, pentru că are ca rădăcină corelația cu bolile respective și pentru că noi ne îndoim de această corelație. Aceleași obiective privește și tentativa școlii lui KRETSCHMER de a izola

tipul epileptoid. Noi credem că se ajunge la un rezultat mai bun în problema psihopatiei *dacă pornim de la caracteristicile caracteriologice ale persoanei,* decît dacă pornim de la analogia cu anumite psihoze. Transformarea unei anumite psihopatii într-o anumită psihoză, este un caz aparte, special, din care nu avem voie să tragem prea multe concluzii teoretice în ce privește structura psihopatiei.

Tipologia psihopatiei pe care o profesăm este una bazată pe analiza structurii multidimensionale, care vrea să evite analiza statică orizontolă a unei psihopatii, și tinde spre analiza ei dinamică și evolutivă" (sublinierile ns. — M. Ș.).

CLASIFICAREA PSIHOPATIILOR DUPĂ P. B. GANUSKIN

P. B. Ganuşkin, expunînd clinica psihopatiilor, le clasifică şi le descrie după cum urmează :

I. *GRUPA CICLOIZILOR*

1. *Depresiile constituţionale* în forma lor pură sînt puţin numeroase, dar sînt : constant deprevi, văd viaţa în negru, fără sens, întunecată. Sînt pesimiştii înnăscuţi. Orice ocazie de bucurie le otrăveşte viaţa, gîndurile, iar de la viitor nu aşteaptă nimic, decît nefericire şi greutăţi, iar trecutul le oferă doar remuşcări pentru greşelile reale sau închipuite ; sînt sensibili la neplăcerile vieţii, reacţionează foarte viu faţă de acestea, prezintă dureri precordiale în aşteptarea unor evenimente neplăcute. Alţii nu pot scăpa de sentimentul propriei vinovăţii, acompaniate de un sentiment apăsător la amintirea unor fapte obişnuite ale adolescenţei. Au credinţa că cei din jur îi tratează cu dispreţ, ceea ce-i determină să se închidă în sine. Se adîncesc într-o autoacuzare chinuitoare, devenind neinteresaţi de realitate, nepăsători faţă de sine, nemulţumiţi, taciturni, resping pe cei care-i compătimesc. „Totuşi dincolo de acest înveliş — scrie P. B. Ganuşkin — se află o mare bunătate, receptivitate şi capacitate de a înţelege mişcările sufleteşti ale altor oameni ; în cercul restrîns al celor apropiaţi, înconjuraţi de o atmosferă de compătimire, dar mai ales de atenţie, aceştia se luminează, devin veseli, vorbăreţi, chiar spirituali şi plini de umor pentru ca totuşi, imediat după ce îşi conduc oaspeţii sau părăsesc vesela societate, să se apuce de dureroasa scormonire a propriilor răni sufleteşti". Aspectul lor exterior, mimica, mişcările, gesturile, trădează inhibiţia ; trăsăturile feţei sînt căzute, mişcările lente, fără vlagă, mers cu paşi mici, gesturi sărace din care

adie o tristeţe fără speranţă. Oricare le-ar fi munca sau orice activitate ar împlini, totul le este neplăcut şi obosesc repede în desfăşurarea ei, iar în ceea ce au realizat văd doar greşelile şi în cele care urmează doar greutăţile sînt văzute. Sînt incapabili de un efort volitiv preulngit şi de aici disperarea lor, nehotărîrea şi incapacitatea unor iniţiative. Dotarea lor intelectuală este obişnuit superioară, este neplăcut colorată şi însoţită de senzaţia unei încordări dureroase, observîndu-se aici, în mod evident, inhibiţia interioară manifestată în lentoarea proceselor intelectuale ; printre aceştia, predomină persoanele care „gîndesc greu". Dispoziţia depresivă cu inhibiţia ei psihică — considerată în totalitatea sa, intelectuală, afectivă, voliţională etc. — se află în acord cu inhibiţia psihică reflectată în sentimentul unei neputinţe integrale, a unei oboseli invincibile şi dureroase, resimţite mai ales dimineaţa, cînd corpul li se pare greu, capul neîmprospătat, au senzaţia unei permanente tensiuni apăsătoare, iar unii acuză chinuitoare migrene. Somnul le este neodihnitor, nereconfortant, populat de coşmaruri, iar ziua resimt o somnolenţă greu de înfrînt.

La unii dintre ei, printr-un efort de voinţă aproape imposibil de realizat, reuşesc să-şi înfrîngă depresia şi inhibiţia interioară, le cade masca ce le acoperea adevăratul „Eu" şi ne dezvăluie adevăratul lor chip şi în locul veselului palavragiu apare melancolicul moleşit, fără speranţă, dominat de disperarea interioară.

Depresivii constituţionali atrag atenţia anturajului încă din copilărie prin îngîndurare, frica lor plîngăreaţă şi capricioasă. Vîrsta la care se manifestă evident trăsăturile depresiei constituţionale o constituie pubertatea, vîrsta maturizării sexuale, cînd la adolescenţii aparent normali apare o cotitură a dispoziţiei şi din veseli, vioi şi comunicativi cum erau, simt o greutate interioară, apăsătoare, cu gînduri despre absurditatea existenţei, dispoziţie tristă aşa cum a fost descrisă mai sus, atenuîndu-se şi accentuîndu-se fazic, urmărindu-l pînă la vîrstă înaintată cînd fie că se atenuează, fie că se decompensează psihiatric. Adesea drumul vieţii acestor psihopaţi se încheie printr-un act suicidar, pentru care par a fi pregătiţi să-l realizeze în orice clipă a vieţii. În fine, la alţii par să apară periodic, izbucniri psihotice maniacale sau melancolice.

Forma constituţională pură este rară şi ca urmare, se vor întîlni cazuri de trecere către forme mixte, nervozitate

constituțională, în special, psihastenie iar uneori, excitații constituționali. În aceste cazuri, este vorba de persoane la care pe primul plan apare neîncrederea în sine, neliniștea, nehotărîrea, fie, în fine, persoane la care atenția este atrasă nu de depresie ci de iritabilitate și tendința explozivă de furie.

2. *Excitații constituționali* sînt la polul opus al grupei descrise mai sus. Cea mai interesantă particularitate a acestor psihopați este că ei se consideră pe deplin sănătoși, printre ei se găsesc subiecți care-și provoacă suferințe fie lor înșile fie societății. E. Kraepelin îi consideră ca străluciți, dar inegali înzestrați, în cea mai mare parte își uimesc anturajul prin mobilitatea, elasticitatea și multilateralitatea psihicului lor, prin bogăția de idei, prin talentul lor, bunătatea sufletească și mai ales prin permanenta lor bună-dispoziție sau veselie. Reacționează ușor la ce este nou, sînt energici, întreprinzători. După ce sînt mai bine cunoscuți, acești psihopați pe lîngă trăsăturile pozitive semnalate și prezente în fizionomia lor spirituală, au, alături de strălucire spirituală exterioară, o mare superficialitate și instabilitate a intereselor, mare mobilitate a atenției ce nu se poate opri din tumultul său asupra unuia și același obiect mai mult timp, comunicarea glisează spre o locvacitate exagerată, în nevoie nesătulă de veselie, inconstanți în activitate construiesc castele în aer, elaborează planuri grandioase pe care nu le finalizează. În societate, sînt plăcuți, încîntînd prin inteligență, amabilitate, caracter deschis, relațiile lor sociale sînt mobile, la fel ca și cele de afaceri, nu oferă siguranță promisiunilor care le fac, se supraevaluează, nu iau în seamă obiecțiile care li se fac și mai ales, observațiile critice, își permit glume, uneori reușite, dar care rănesc pe interlocutor. În cazurile manifest exprimate, găsim încă din copilărie particularități psihologice care-și pun amprenta pentru toată viața acestor psihopați. Din școală se remarcă prin aptitudini bune, dar cu rezultate slabe ; atenția mobilă nu le permite concentrarea asupra unui obiect, se distrag ușor, nu sînt apți pentru o muncă migăloasă și sistematică, nu-și fac lecțiile, au cunoștințe fragmentare, trunchiate, incomplete, superficiale, nelegate între ele, de unde eșecurile uneori catastrofale, ies ușor de sub control, antrenează colegii la nebunii „colective", au mare capacitate inductoare negativă pe care o folosesc energic, provocînd neplăceri serioase procesului instructiv-

educativ ; suportă cu mare greutate serviciul militar, încalcă disciplina, suferă sancțiuni pentru nesupunere.

Manifestările sexualtității apar precoce, au excese erotice ; tendințe alcoolice, se îmbată ușor devenind veseli și ușurateci, cheltuiesc tot ce au, devenind mari platnici, dar cum sînt întreprinzători și descurcăreți au abilitatea uimitoare de a ieși din situații dificile.

Ca adult, viața lor nu mai este lineară, ci dimpotrivă, fulgerătoare. „Mulți dintre ei cunosc mari realizări și succese : inventatori inteligenți, politicieni buni, afaceriști abili, ei urcă uneori ajungînd în vîrful ierarhiei sociale dar rar doar se mențin acolo, pentru că le lipsește pentru aceasta seriozitatea și constanța".

„Se remarcă prin lipsă de scrupulozitate morală prin ușurința cu care nesocotesc granițele dintre permis și nepermis, iar temperamentul lor tumultuos și furtunos, nu le permite să se mențină pe o linie constantă în cadrul îngust al legalității și moralei. Ca urmare, ajung să fie implicați în mari escrocherii către care îi propulsează energia lor clocotitoare, ce nu-și află în condiții obișnuite satisfacțiile și ca urmare, se angajează în întreprinderi riscante. Sînt înclinați spre minciună, lăudăroșenie, reflecții fantastice, privind situația lor socială înaltă și faptele lor eroice, în realitate nefăptuite, iar în alte cazuri, spre a trezi curiozitatea și admirația, povestesc despre inventii grandioase dar inexistente, fapt care-i apropie de mitomani (mincinoșii patologici)".

Acest grup de psihopați fac trecerea spre grupa tipului de psihopați reprezentați de *„certăreții insuportabili"*. Sînt, se pretind atotștiutori, nu suportă obiecțiile, care le provoacă reacții explozive sau furie irezistibilă ; se supraevaluează, declară cele mai irealizabile pretenții ; dacă întîmpină nerecunoștință, contraatacă, angajîndu-se într-o luptă acerbă pentru drepturile lor aparente, din care nu se opresc în fața nimănui și cînd nu mai pot răbda, își ies din sărite și ignorînd legile convietuirii sociale, disciplina și prevederile legale, devin grosolani, insultă și injuriază adversarii fără să-și măsoare cuvintele. Realizează salturi bruște și căderi tot atît de profunde. Intentează procese pe care le împing pînă la cele mai înalte instanțe judecătorești, procese de obicei neîntemeiate, în care depun o perseverență extremă. Acest grup de pseudocverulenți se deosebesc de buclucașii paranoici veritabili prin aceea că au o mai mică stabilitate, un carac-

ter mai moale şi prin aptitudinea de a ajunge din cînd în cînd pe baza modificării dispoziţiei, la conştientizarea absurdităţii lor, înclinînd uneori la împăcarea cu adversarul.

Constituţia corporală şi particularităţile fizice ale acestor psihopaţi, aparţine tipului „picnic" al lui Kretschmer cu trăsăturile psihologice care caracterizează îndeosebi extroversiunea.

3. *Ciclotimicii.* Sînt mult mai frecvenţi decît cele două forme constituţionale descrise mai sus (depresivi şi excitaţi). Ciclotimicii se caracterizează esenţial prin alternanţa în formă de valuri a stărilor de excitaţie şi depresie care debutează la începutul maturizării sexuale, „care chiar în condiţii normale, provoacă adesea perturbări ale echilibrului sufletesc. Cum deja s-a subliniat mai sus, tocmai în acea perioadă a adolescenţei, veseli, vioi şi cu sete de viaţă, se transformă în tineri şi tinere melancolice, tensionaţi şi cu dispoziţie pesimistă. Se întîmplă şi invers : maturizarea sexuală provoacă o înflorire neaşteptată a personalităţii şi copilul, pînă atunci moleşit, nesociabil, stîngaci şi sfios, trece dintr-odată într-un tînăr strălucit, energic, descurcăreţ, dezvăluind o masă de talente mai înainte ascunse, sucind capul femeilor şi plin de cele mai trandafirii speranţe şi planuri vaste. Apoi începe alternanţa periodică a unor stări cu altele, uneori ca şi cum ar fi legate de o anumită vreme a anului (anotimp), cel mai adesea de primăvară sau toamnă".

La aceste perioade, stările de excitaţie psihică sînt resimţite subiectiv ca o stare de sănătate, de înflorire a forţelor, în timp ce stările depresive sînt trăite dureros de neplăcut, chiar dacă sînt de mică intensitate ca exprimare. Dispoziţia tristă se însoţeşte de scăderea capacităţii de muncă, îşi pierd coloratura de bucurie senină, aceste frecvente tulburări ale echilibrului psihic obosesc pacientul conferindu-i sentimentul unei penibile tensiuni interioare şi a aşteptării unei faze opuse, de veselie ; la o vîrstă mai înaintată se schimbă, devenind furios, iritabil, întreprinzător, cu nuanţe de agresivitate. Legată de extrem de bogata oscilaţie a vieţii emoţionale are loc o oscilaţie bogată a echilibrului vascular. ceea ce explică survenirea precoce a aterosclerozei la aceşti psihopaţi, dezvoltare aterosclerotică care va duce la adîncirea particularităţilor patologice, fac ca bolnavii să devină mai puţin strălucitori şi dă psihicului lor un caracter mult mai clar exprimat de insuficienţă, de îngustare şi uneori, chiar de demenţă.

Grupa ciclotimicilor atestă factic denumirea pe care le-o conferă Krotschmer de *cicloizi* — personalităţi care „cuprind atît pe bolnavii sufleteşte circulari şi pe psihopaţii corespunzători (constituţionalii depresivi, constituţionalii excitaţi, ciclotimicii ca şi emoţionali labilii), ca şi pe „oamenii normali" cu o structură „înrudită". Pe de altă parte, s-a remarcat că la bolnavii depresivi coexistă pe lîngă tristeţe şi o proporţie anume de excitaţie şi dimpotrivă, la bolnavii sau persoanele vesele o notă de tristeţe. Acest fapt l-a determinat pe Kretschmer să emită teza aşa-numitei *proporţii diatezice a dispoziţiei* care constă în aceea că „în fiecare caz în parte, jumătatea hipomaniacală şi cea melancolică a unui temperament cicloid sînt amestecate între ele numai în proporţii diferite". Asemenea trăsături polare se remarcă şi la alte grupe de psihopaţi cum ar fi schizoizii sau epileptoizii.

4. *Psihopaţii emotivi labili (reactivi labili).* Unii ciclotimi au oscilaţii ale vieţii psihice foarte dese „uneori chiar de la o zi la alta". Dispoziţia lor este capricioasă, şi uimeşte pe oricine, ea trecînd fără vreun motiv aparent de la o extremă la alta". Apropiaţi de ei este grupa psihopaţilor „la care instabilitatea emoţională, ca atare, are o importanţă mai particulară şi ocupă un loc mai important. Această instabilitate conferă adesea caracterul peceţii lor, de ceva fin, fragil, în parte pueril şi naiv, favorizată de asemenea şi de marea lor instabilitate". Aceştia sînt veseli, deschişi, naivi, sugestibili, simpli, capricioşi, devin trişti la cea mai mică neplăcere, tristeţea este de scurtă durată. „Este suficient ca unui asemenea subiect să-i comunici o noutate interesantă, sau să-i flatezi puţin orgoliul, că el şi înfloreşte, devine din nou însetat de viaţă. vioi, energic. Aproape niciodată dispoziţia lor nu se schimbă fără cauză, totuşi motivele pentru schimbările ei sînt atît de neînsemnate încît din afară aceste schimbări par total nemotivate : asupra emotiv-labililor poate acţiona şi vremea şi un cuvînt spus aspru, şi amintirea unui eveniment trist, şi gîndul unei viitoare întîlniri neplăcute şi, într-un cuvînt, o asemenea masă de amănunte total neglijabile, încît uneori nici chiar bolnavul nu este în stare să înţeleagă de ce a devenit trist şi ce neplăcere l-a făcut să părăsească o societate veselă în care el rîdea fără grijă". Ei au zile rele şi zile bune. În zilele bune, suportă în linişte supărări, chiar foarte mari, în timp ce „în zilele rele, aproape că nu ies din apăsătoarea tristeţe sau din furioasa iritare ; în unele cazuri, această iritabilitate apare ca chiar trăsătură esenţială a caracterului unui

astfel de psihopat". Aceştia, chiar dacă sînt uşurateci şi superficiali, sînt totuşi capabili de sentimente profunde ; uneori ei suportă extrem de greu şi pentru un timp îndelungat orice puternică zdruncinare sufletească, ca de exemplu pierderea unei persoane apropiate „dar şi faţă de alte traume psihice (catastrofe, ororile războiului, reţinerea în închisoare). pragul rezistenţei lor nu este prea înalt şi tocmai de aceea ei dau cel mai adesea aşa-numitele reacţii patologice şi psihoze reactive. Perioada în care se schimbă dispoziţia în acest grup de persoane, poate fi foarte diferită : alături de cauzele în care dispoziţia se schimbă de cîteva ori în cursul unei zile, de la o veselie senină la accesul de deplină disperare, la ei se observă şi o stare prelungită, atît de bucurie, cît şi de tristeţe, apărute totdeauna, desigur dintr-un motiv sau altul, în acest caz durata afectului dovedindu-se pînă la un punct adecvată factorului care a provocat şi generat schimbarea dispoziţiei. Trebuie adăugat că în afara celor descrise, există şi personalităţi emotiv-labile de o structură întrucîtva deosebite. Avem în vedere — scrie P. B. Ganuşkin — pe oamenii egali şi calmi în condiţii obişnuite, poate doar întrucîtva exageraţi de moi, fricoşi şi alarmaţi. Ei, de obicei, se adaptează perfect într-un cadru măsurat al unei vieţi bine organizate, dar în schimb se pierd extrem de repede în condiţiile care cer inventivitate şi hotărîre, declanşînd foarte uşor reacţii patologice la trăiri neplăcute care-i scot uşor din echilibrul lor sufletesc.

II. *GRUPUL ASTENICILOR*

Acest grup este constituit dintr-o serie de stări înnăscute şi cîştigate. „Delimitarea „asteniei constituţionale" ca una din formele psihopatiei — scrie P. B. Ganuşkin — noi, firește, avem în vedere numai acele forme, în care apariţia aşa numitei slăbiciuni exatabile a sistemului nervos şi psihic (excitabilitate + epuizare) trecînd pe primul plan, reprezintă proprietăţi nu obţinute ci înnăscute şi constante. Simptomatologia acestei forme este extrem de variabilă şi variată. Pentru comoditatea cercetării noi separăm cîteva grupuri diferite de astenici, totuşi această delimitare, trebuie privită, numai ca avînd o valoare convenţională, că adesea la una şi aceiaşi persoană se pot întîlni simptome, caracteristice pentru diversele grupe".

1. *Forma neurastenică* constituțională este cea mai pură și simplă și se caracterizează prin excitabilitate neuropsihică, iritabilitatea, pe de o parte și epuizare și oboseală pe de altă parte. În plus se adaugă simptome somatice : senzații în diverse părți ale corpului, tulburări funcționale cardiace, gastro-intestinale, cefalee, palpitații, insomnie nocturnă, somnolență diurnă, scăderea apetitului, tranzit intestinal exagerat alternînd cu constipație, slăbiciune sexuală. Unii acuză stare generală de moleșeală generală, lipsa inițiativei, nehotărîre, ipohondrie sau dispoziție apatică, ori mai des depresivă, incapabili de efort susținut în muncă, apare plictiseala, slăbiciune, somnolență, frică față de efortul în muncă grea, cu scăderea efortului de voință. Încercarea de a învinge incapacitatea de muncă determimă senzația de greutate în cap, dureri dorsale, dificultăți urinare, stări de excitație care nu permit subiectului să stea într-un loc. Scăderea atenției asupra obiectului muncii este îngreuiat și de faptul că gîndurile sînt orientate neliniștit asupra propriului corp — obiectul principal al atenției asupra imperfecțiunilor funcționării sale pe care le exagerează.

2. *Forma ipohondrică.* Temîndu-se de toate bolile, ipohondricii caută cei mai mici indici cu grijă exagerată, care să dovedească abaterea de la normal a funcționalității organismului, asupra celor mai mărunte senzații ale corpului lor ceea ce duce la tulburări ale funcțiilor vegetative, care și fără asta funcționează imperfect, iar dacă în plus se adaugă și alte condiții nefavorabile (condiții grele de trai, infecții, traume psihice) la ei se dezvoltă adevăratele nevroze ale organelor (ca și cum organele ar avea structură neuropsihică. M. S.) : depresie nervoasă, enterocolite, nevroze cardiace etc. „În asemenea cazuri ideea bolii îl cuprinde în întregime pe ipohondriac și-l duce de la un medic la alt medic, fiecăruia dintre ei exprimîndu-i o masă de plîngeri la adresa senzațiilor neplăcute și dureroase diverse și din cele mai diverse părți ale corpului".

3. *Forma excitabilă — iritabilă* diferă de tipul neurastenic-ipohondriac și deși la ei se poate constata o mai mare epuizare, totuși se manifestă pregnant înclinarea spre o muncă sau alta, pentru unele sau alte interese, atitudine ce decurge din organizarea celei de a doua caracteristici a grupului astenicilor, excitabilitatea și irascibilitatea. Aceste persoane își însușesc tot ceea ce este nou, însă ca și astenicii — ipohondriaci, ei nu rezistă la un efort — îndelungat — arată

P. B. Ganuşkin. Ceea ce caracterizează contradictoriu activitatea acestor pacienţi este discordanţa dintre un efort reuşit la început şi volumul neînsemnat al efortului general, ca urmare a scăderii rapide după scurt timp a productivităţii, ceea ce duce la nevoia instituirii unor pauze numeroase de odihnă şi de schimbare a activităţii, la aceştia apărînd nu numai sentimentul atracţiei spre muncă, dar şi cel al plictiselii şi nevoii înlocuirii impresiilor. Ei au atenţie labilă uşor distrasă de noile impresii şi fără să vrea îşi schimbă ocupaţiile. Aceste persoane sînt extrem de sensibile faţă de greutăţile întîlnite în activitate şi se obişnuiesc cu mare dificultate cu condiţiile schimbătoare ale muncii, deşi nu ajung la o totală incapacitate de muncă. Activitatea lor este caracterizată prin neregularităţi, lucrează în salturi, au răbufniri şi totuşi păstrează capacitatea de a obţine rezultate bune şi de a fi utili. Adesea aceste persoane sînt ocupate de „lenevie" şi sînt denumiţi „leneşi", dar aceasta este o opinie prea simplistă şi care nu spune nimic.

4. *Grupa astenicilor exagerat impresionabili şi cu sentimente de insuficienţă a propriei persoane*, particularizează pe toţi astenicii. „Slăbiciunea lor nervoasă se manifestă printr-o extremă sensibilitate la trăirile care depăşesc cît de cît sfera evenimentelor obişnuite de viaţă. Ei leşină la vederea sîngelui, nu sînt în stare să asiste nici la cea mai măruntă operaţie, nu suportă contrazicerile cît de cît aprinse, se traumatizează la extrem la vederea unor întîmplări neobişnuite de pe stradă, bătăi, scandaluri etc.". Sînt fricoşi, sfioşi, meschini, naturi fine care suferă la orice contact mai grosolan, tresar la cel mai mic zgomot şi surpriză, fac atacuri de groază şi de panică în condiţii de întuneric, se tem de unele animale, sînt hipersensibili la zgomote acute, resimt dezgust la vederea unor scene sau a unei serii de lucruri, nu suportă atingerea lor etc. Aglomeraţia şi societatea îi oboseşte şi se refugiază în solitudine. „Mimetismul lor nu este totuşi rezultatul unei fugi autiste de viaţă ci doar o manifestare a unei sensibilităţi exagerate". Impresiile de viaţă îi traumatizează şi de aceea dispoziţia lor este scăzută. Sînt orgolioşi, nu se consideră ca toţi ceilalţi, sînt neîncrezători în sine, au sentimentul încordării şi alarmei interioare.

„Dacă au un defect fizic, motricitate stîngace, faţă insuficient de frumoasă sau au nimerit într-un mediu superior lor, devin foarte timizi şi sfioşi, li se pare că sînt urmăriţi, vorbiţi, criticaţi sau se rîde de ei de către cei din jur. Acestea

toate accentuează stîngăcia, se bîlbîie, se înroşesc pentru motive minore. Unii dintre ei afişează o mască a unei false degajări exterioare sub care se simte interiorul astenic şi timid. Pentru ei este un supliciu să vorbească în faţa unei adunări, fenomene de stupoare la examene, cînd din cauza timidităţii, deşi bine pregătiţi, aceşti subiecţi se zăpăcesc atît de tare că nu pot scoate un cuvînt. În cazul profesorului la catedră, a artistului pe scenă, a oratorului în faţa mulţimii pot suferi un şoc, apare tracul, din care nu ies uneori zile întregi. Eşecurile la serviciu, frecvente pentru aceste persoane, au o influenţă puternică, orgoliul lor bolnăvicios ducîndu-l la explozii bruşte, la stări de tensiune sau disperare. Excitabilitatea lor nervoasă crescută le dezorganizează funcţiile somatice : somnul le este neliniştit, cu coşmaruri, întrerupt de accese de groază. Sub influenţa fricii pot apare tulburări urinare, diarei nervoase, transpiraţii abundente etc. Nonconcordanţa dintre aspiraţiile şi exigenţele pe care şi le impun şi rezultatele slabe pe care le obţin duce la stări depresive îndelungate care se pot confunda cu depresiile ciclotimicilor". Depresiile neurastenicilor spre deosebire de cele constituţionale apar la acţiunile externe nefavorabile în raport cu care se schimbă şi dispoziţia. Această din urmă particularitate apropie pe aceşti psihopaţi de psihopaţii emoţional-labili, de care în realitate la prima vedere nu pot fi uşor deosebiţi. „În timp ce emotiv-labilii se disting printr-o bogăţie extraordinară de nuanţe emoţionale, mobilitatea sentimentelor fiind proprietatea de bază a naturii lor, emoţiile astenicilor concentrîndu-se aproape întotdeauna în jurul propriilor lor insuccese, al orgoliului lor ştirbit şi al sentimentului lor de insuficienţă, sînt mult mai sărace : instabilitatea lor emotivă este doar o manifestare particulară a slăbiciunii lor nervoase. Trăsătura lor comună este instabilitatea. Rar ca cineva dintre ei, indiferent de grupa căreia îi aparţine, să nu acuze accese de explozii furioase, deosebit de frecvente la oboseală, aprinderi care duc uneori la explozii destul de furtunoase, deşi de obicei de scurtă durată, stinse repede. În unele cazuri această particularitate trece atît de mult pe prim plan încît se dovedeşte cea mai clară, cea mai caracteristică şi în acelaşi timp cea mai gravă trăsătură în tabloul manifesărilor psihopate ale astenicilor. Drept exemplu pot servi oamenii orgolioşi pe de o parte şi pe de altă parte lipsiţi de voinţă, rezistenţă şi capacitate de muncă pentru a putea atinge o situaţie mai mult sau mai puţin bună şi să cucerească dreptul la stima

celor din jur. Datorită acestui fapt ei trebuie să se afle de obicei în situații de subordonare și suferă lipsa de atenție, jignirile, chiar insultele oamenilor, superiorilor, în urma cărora se formează un bagaj mare de mici traume psihice nevindecate care le creează o stare de spirit în general încordată și coborîtă de nemulțumire. Păstrîndu-și calmul exterior acolo unde o ieșire nervoasă i-ar putea dăuna lui însuși, un asemenea subiect își descarcă cu atît mai ușor nemulțumirea interioară acumulată în el asupra persoanelor subordonate, de exemplu asupra celor din casă : timid și puțin vizibil în societate el se dovedește acasă un adevărat tiran, deși incapabil de manifestare a unei forțe reale, chiar la mînie și care pendulează de la accese de furie irezistibilă la plîns și autoacuzare. Prezența instabilității ca trăsătură constantă la astenici ne face să credem că în unele cazuri aici nu mai este vorba de o slăbiciune iritabilă ca atare, ci despre prezența în suma generală a asteniei neuropsihice și a unei componente stenice (active), cu alte cuvinte nu mai este vorba de „un tip astenic, ci despre unul mixt, complex".

5. *Grupa psihastenicilor* este cel mai complex grup al psihopatiei astenice. Psihopatia psihastenică se caracterizează prin nehotărîre, frică, „înclinare perseverentă spre îndoieli", extrem de impresionabili, „și nu numai la ce se petrece la un moment dat în jurul lor dar și mai mult la ceea ce se petrece, după părerea lor, se poate întîmpla, la toate acele neplăceri care, după cum presupun ei îi așteaptă în viitorul apropiat. În felul acesta coloritul emoțional al psihastenicilor însoțește lumea reprezentărilor despre viitor într-un grad și mai mare decît lumea trăirilor și amintirilor nemijlocite. O primejdie sau neplăcere numai posibile îi îngrozesc pe psihastenic nu mai puțin decît cea existentă real. Orice mărunțiș, orice fleac pe care psihastenicul îl observă în viața din jur îl fac să mediteze. O serie întreagă de asociații de obicei neplăcute apar în mintea lui din motive atît de neînsemnate încît un alt om nu le-ar acorda nici o atenție".

Psihastenicul este fricos, se teme de tot și de toate, fuge din fața unei primejdii reale ca și imaginare, se teme și de ce știe că ar trebui să se teamă dar și de cele ce nu le știe ; orice lucru nou și necunoscut, orice inițiativă „sînt pentru el adevărate suplicii". El acționează sub presiunea unor nevoi sau a unor impuneri exterioare și foarte greu din proprie inițiativă ; se hotărăște cu greu să înceapă ceva de care se teme sau nu cunoaște ; adoptă greu o hotărîre chiar în cele

mai mărunte împrejurări ; „Chiar hotărîndu-se la ceva şi începînd să acţioneze deja, psihastenicul se îndoieşte tot timpul dacă el procedează aşa cum trebuie, dacă a făcut ceea ce el dorea şi aceste veşnice îndoieli, acest permanent autocontrol îi fac acţiunea şi înceată şi dureroasă".

Îndoiala, incertitudinea celor săvîrşite îl determină să refacă ceea ce a făcut, iar neîncrederea în forţele proprii îl fac să se adreseze altora spre a-l ajuta sau pentru a-l încuraja spre a-l linişti, să-i atenuieze neliniştea şi emoţiile asigurîndu-l că nu are motive să se comporte astfel. „Această tendinţă de a-şi căuta sprijin la alţii, această nepricepere de a se descurca fără ajutor străin sînt deasemenea una din trăsăturile distinctive ale caracterului psihastenic".

Psihastenicul se teme pentru el, pentru viitorul său pe care-l crede sumbru : se teme de sănătatea sa fizică şi psihică, ca şi pentru a celor apropiaţi lui ; neliniştit, alarmat, aşteaptă încordat de la viitor ceva apăsător, neplăcut ; „hotărît că el nu poate decît să aştepte în nesiguranţă chinuitoare : „...iată de ce în ciuda nehotărîrii sale obişnuite, psihastenicul se dovedeşte uneori tenace şi chiar nerăbdător. El nu deliberează mult timp, dar dacă se hotărăşte la ceva, atunci el nu mai poate fi liniştit pînă cînd toate nu vor fi făcute ; îngrijindu-se el însuşi, el nu dă pace nici celor din jur de care depinde îndeplinirea hotărîrii luate de el. Psihastenicul nu uită nici o clipă că pe drumul spre săvîrşirea scopului lui se pot întîlni obstacole ; el suportă cu greu fixarea de termene — în aceste cazuri el începe să se teamă că nu va reuşi pînă la termenul fixat ; el nu va dormi, de pildă, dacă ştie că dimineaţa trebuie să se scoale devreme, deşi, chiar dacă n-ar exista o asemenea necesitate, el desigur s-ar scula tot devreme, iar de dormit ar dormi liniştit şi adînc".

Psihastenicul în genere este un om delicat, atent, amabil, dar poate pricinui neplăceri celor din jur prin structura sa temperamentul — caracterială ; „de obicei el este un mare pedant, formalist şi cere de la ceilalţi acelaşi lucru ; orice mărunţiş, orice abatere de la formă, de la ordinea pentru totdeauna acceptată îl îngrijorează şi nu numai că se neliniştește, dar se şi înfurie, mai ales dacă e vorba de persoane subordonate lui, iar în ambianţa familială orice încălcare măruntă a obişnuinţelor lui îl scoate din echilibru şi îl irită. Ca toţi psihopaţii de structură astenică, psihastenicii sînt de obicei oameni confuzi şi sfioşi, conştiinta că ei sînt obiectul atenţiei este extrem de chinuitoare pentru ei. Datorită timi-

ditătii sale, psihastenicul adesea se teme să facă ceea ce consideră necesar : i s-a făcut un bine oarecare, iar el un se hotărăşte să mulţumească ; i s-a făcut o propunere nepotrivită — el nu se hotărăşte să o refuze ; trebuie să i se achite o datorie — el se teme să o ceară ; „Adesea aş fi murit de frică — spunea unul dintre bolnavii lui Hartenberg, — deoacere nu îndrăznesc să spun ceea ce gîndesc". Psihastenicul nu este un om energic, activ, de acţiune, ci un visător, fantezist, vizionar, nu-i place munca fizică, este stîngaci, se obişnuieşte greu cu munca manuală, nu este un adaptat la viaţă, preferă viaţa simplă, ambianţa călduţă. „Una din cele mai caracetristice trăsături ale psihastenicului este înclinaţia lui spre autoanaliză — propriul lui psihic îi apare ca un teatru în care se joacă o scenă dintr-o comedie ideologică, la reprezentarea căreia asistă el însuşi departe de a fi un spectator indiferent. Sentimentele spontane îi sînt greu accesibile psihastenicului deşi neîndoielnic şi el are poate rar nevoie de o veselie senină. Adesea el se dedă la toate reflecţiile posibile, cu caracter pur, abstract, adesea îşi pune problema de ordin general care nu are nici-o legătură cu el şi încearcă să le găsească cu orice preţ răspuns. Mintal în visările sale psihastenicul este capabil să trăiască multe, dar să participe la activitatea reală el încearcă în toate chipurile. „A iubi, a visa, a simţi, a învăţa şi a înţelege — eu le pot pe toate, numai să mă elibereze de necesitatea de a acţiona" — spune în jurnalul său psihastenicul Amiel.

„O trăsătură specifică a psihastenicilor — conchide P. B. Ganuşkin — este, ca rezultat al neîncrederii în sine, trebuinţa de a trezi iarăşi şi iarăşi în conştiinţa lor idei şi imagini care-l neliniştesc cel mai mult, cu scopul de a verifica dacă nu au făcut cumva vreun rău şi dacă nu-i ameninţă vreo nenorocire sau neplăcere. Aceasta duce ulterior la înrădăcinarea acestor reprezentări în conştiinţă, chiar împotriva voinţei psihastenicului şi la formarea aşa ziselor reprezentări şi frici obsesive".

III. *GRUPA SCHIZOIZILOR*

Termenul de „schizoid" a fost introdus de F. Kretschmer, care includea în el o serie întreagă de grupuri de psihopaţi mai mult sau mai puţin diferite unul de altul. „Noi considerăm — spune P. B. Ganuşkin — să păstrăm această denumire pentru acea parte dintre schizoizii lui Kretschmer,

în psihicul cărora există asemănări cu ceea ce se observă — în alte condiții de dezvoltare — aceste trăsături de caracter nu sînt cîștigate ca în cazul unui proces, ci înnăscute, permanente".

„Schizoizii se caracterizează prin ruperea austică de lumea reală exterioară, lipsa unității interioare și în consecință a ansamblului psihic și caracterul paradoxal, capricios al vieții emotive și al conduitei. Ei de obicei se impun ca oameni stranii, de neînțeles, de la care nu poți ști la ce să te aștepți. Deja însăși modul de conduită, mișcările, gesturile schizoizilor produc adesea impresia unei mari originalități", scrie P. B. Ganușkin.

Lipsa de unitate se constată în activitățile și expresiile motorii, în lipsa lor de armonie și elasticitate. Mișcările lor sînt greoaie, colțuroase, le este particulară, absența trecerilor line și treptate de la o mișcare la alta, la unii sare în ochi, manierismul, eleganța falsă, al alții tendința spre stilizare, după cum în alte cazuri se constată uniformitatea, sărăcirea mișcărilor, sau ținuta lor fals milităroasă, rigidă „încît par ca de lemn, ca niște păpuși mișcate pe rulmenți". În alte cazuri mai apar : grimase, stereotipii motrice crispate, unele din ele avînd forma unor adevărate ticuri. Mersul lor este specific : unii merg fără să îndoaie genunchii, alții au un mers saltatoriu, după cum unii dintre ei tîrăsc picioarele etc.

Scrisul oferă un material vast și interesant asupra perturbării motricității : literele sînt scrise cu înclinări specifice, unele abia sînt schițate, au tot felul de bucle și de asemenea, inegalitatea literelor etc.

Vorbirea sub forma sa expresivă, intonația, accentul și construcția gramaticală și logică, atrage deasemenea atenția la schizoizi. „La asemenea subiecți se observă uneori neconcordanța dintre conținutul vorbirii, intonația, mimica și gesturile care o însoțesc". „În construcția vorbirii la unii predomină caracterul căutat, arborescența și patetismul, la alții, dimpotrivă monotonia, inexpresivitatea, stereotipia, lipsa modulării" vorbirii.

Despre conținutul psihic al schizoizilor se pot spune puține lucruri. În acest sens Kretschmer scria că „mulți oameni schizoizi seamănă cu casele, cu vilele-romane lipsite de ornamente, ferestrele cărora sînt acoperite de soarele luminos ; totuși în penumbra sălilor lor interioare se fac banchete". Schizoizii au un mod original de adaptare la realitate, ei avînd o reprezentare subiectivă, și inexactă despre realitatea din

jurul lor, despre situația în care se află, lumea reflectîndu-se ca într-o oglindă care deformează toate părțile ei izolate ca și raporturile dintre ele. Schizoidul înțelege și pătrunde cu greutate în universul sufletesc al altor oameni dacă avem în vedere faptul că acestora le lipsește „rezonanța afectivă" așa cum scrie Kretschmer, incapacitatea de a răspunde afectiv trăirilor afective ale semenilor. Pot avea un simț estetic fin, patos crescut, „capacitatea de a se jertfi pe sine în problemele principale și general-umane, în fine ei pot manifesta multă sensibilitate față de oameni închipuiți de ei, dar a înțelege nenorocirea și bucuria oamenilor reali, care-i înconjoară, este mai greu pentru ei mai mult decît orice" — scrie P. B. Ganușkin.

„Viața lor emoțională are în general o structură foarte complexă, descărcările afective la ei se desfășoară nu pe căile obișnuite și firești, ci trebuie să învingă o serie întreagă de contracțiuni interioare, în care caz cele mai simple mișcări sufletești, intrând în mișcări asociative extrem de încîlcite și capricioase cu urmările trăirilor anterioare, pot fi supuse unor denaturări totală de neînțeles la prima vedere. Datorită acestui fapt schizoidul, fiind înstrăinat de realitate, se află în același timp într-un permanent și de neîmpăcat conflict intern cu sine însuși. Aceasta, poate servește drept cauză a faptului că tensionarea interioară care se acumulează neincetat, dar care este reținută de schizoid, își găsește din cînd în cînd o rezolvare în cele mai neașteptate declanșări (revărsări) afective. În felul acesta — continuă P. B. Ganușkin — excitabilitatea unor schizoizi vine în contradicție cu viața lor emotivă, contradicții care-i mențin într-o totală stare de încordare neplăcută. Se obișnuiește a se vorbi despre o răceală sufletească a schizoizilor. Cum se vede această teză nu poate fi acceptată fără precizări. Kretschmer consideră că la maporitatea schizoizilor, dar în combinații diferite există în ciuda opozițiilor polare reciproce și elementele *hiperestetice* și *anestetice* ; raportul în care acestea din urmă sînt combinate la o persoană sau alta, Kretschmer îl numește prin analogie cu proporția diatezică a dispoziției la cicloizi, proporție *psihstizică*. În felul acesta, după Kretschmer, la hiperestezici schizoizi sensibilitatea se unește cu anumite înstrăinări de oameni, iar în mărginirea emoțională a antesteticilor nici se vede aproape întotdeauna o oarecare tentă de iritabilitate și vulnerabilitate".

Acestei dizarmonii emoționale îi corespunde o dizarmonie intelectuală, cu desfășurarea neregulată, cu ruperea de realitate, și puterea pe care o iau asupra psihicului lor cuvintele și formulele. De aici tendința spre construcții formale lipsite de viață, care pleacă de la faptul că de la scheme, bazate pe jocuri de cuvinte și asociații arbitrare de noțiuni. De aici tendința la mulți dintre ei la simbolism.

Pentru schizoid, concluziile nu sunt trase din realitate ci realitatea îi oferă ilustrări pentru concluzii deja formulate, iar ce nu este în concordanță cu reprezentările sale despre realitate, este refuzat sau ignorat, numind negrul drept alb, dacă aceasta corespunde schemelor sale conceptuale. Aceasta se potrivește cu răspunsul dat de Hegel la observația că principiile sale filozofice nu concordă cu realitatea, filozoful replicînd : „cu atît mai rău pentru realitate".

„În mod deosebit trebuie subliniată dragostea schizoidului pentru combinații logice stranii în esență, adesea incompatibile, pentru apropierea unor noțiuni care în realitate nu au nimic comun". Schizoizii au o „logică strîmbă" în cel mai rău sens al cuvîntului și neavînd simț logic nu observă nici cele mai ciudate, elementare și atrăgătoare greșeli de logică. Atenția este selectiv concentrată pe un grup restrîns de probleme care îi interesează în rest este o „împrăștiere" extremă a atenției. Printre altele de aceea se pasionează de ceva cu dificultate, chiar dacă unii au o atenție distributivă bună în raport cu munca lor. Nu pot fi sugestionați, mulți fiind îndărătnici și negativiști, deși în unele cazuri dovedesc, paradoxal, supunere și credulitate uimitoare. Îmbinarea contradictorie a încăpățînării cu supunerea, caracterizează uneori conduita schizoizilor.

Lipsiți de simțul realității, schizoizii posedă nepricepere în a ține cont de interesele altora. În activitate se supun rar îndrumării altora, fac cu indolență ce le place, conducîndu-se după considerente extrem de ermetice și incomprehensibile, ceea ce-i face incapabili pentru o activitate profesională constantă, și îndeosebi atunci cînd sînt conduși de alții. Din motive mărunte renunță adesea la muncă și trec dintr-o profesie în alta, ceea ce împiedică succesul în viață, înfuriindu-se își accentuează reticența și suspiciozitatea care-i caracterizează. Totuși cînd au potențial intelectual și talent și posibilitatea manifestării inițiativei în activitate, schizoizii sînt capabili „de realzări extraordinar de mari, deosebit de valoroase, tocmai datorită independenței și originalității lor".

Autismul schizoizilor „nu decurge numai din lipsa „rezonanței afective" la trăirile altora, ci și din firea lor contradictorie și paradoxală interioară, particularități care-i fac total incapabili de a transmite altora ceea ce ei înșiși simt".

În relațiile schizoizilor cu alți oameni simt și ei nevoia de comunicare a bucuriei sau suferinței, a mărturisilor, și totuși sînt incapabili de a se confesa pînă la capăt, ceea ce provoacă o și mai mare tendință de a se închide în sine „rezervă mimetică" ce apare nu din cauza vulnerabilității exagerate, cît mai ales din incapacitatea de a găsi modailtatea adecvată de comunicare.

Reticența „aristocratică" și răceala schizoizilor nu este totdeauna o particularitate originală pentru ei, cît mai ales un mijloc de apărare impus de viață, prin care țin la distanță pe alții pentru a evita dezamăgirile inevitabile în cazul unor relații mai apropiate. În genere sînt neîncrezători, susceptibili, însă nu față de toți oamenii, ei fiind persoane ai extremelor, nu cunosc calea de mijloc, au tendința de exagerare, sînt selectiv de capricioși în simpatii și antipatii, dezvoltînd uneori o patimă exagerată. Cu adevărat, schizoizii se iubesc doar pe ei înșiși, sînt egoiști prin excelență, au despre ei o părere excepțională, la fel despre aptitudinile lor, nu știu să prețuiască pe alții, chiar pe cei cu care se au în relații bune.

Schizoizii constituie o grupă variată în care sînt cuprinși *ciudații* și *originalii*, în genere inofensivi. În acest fel sînt unii savanți ce și-au ales o „specialitate îngustă, nefolositoare nimănui și care nu vor să știe nimic în afara ei, așa este majoritatea colecționarilor, așa sînt și subiecții care atrag atenția printr-o vestimentație stranie, care inventează diete aparte, care umblă desculți". Ganușkin crede că cei ce aparțin ultimului grup s-ar încadra la personalitățile paranoice. Schizoizilor aparțin mulți dintre vagabonzi care nu pot suporta subordonarea în cadrul îngust al vieții cultural organizate. „Dar printre schizoizi se pot găsi și oameni care ocupă poziții pe acele înălțimi din împărăția ideilor, în aerul rarefiat al cărora omul obișnuit respiră greu : aici intră esteții-artiștii rafinați a căror creație este în mare parte formală, înțeleasă doar de puținii metafizicieni adînc cugetători, în fine savanții talentați — schematicienii și revoluționarii geniali în știință, datorită capacității lor pentru comparații neașteptate care transformă cu o calmă îndrăzneală, uneori pînă la nerecunoaștere fizionomică acelei discipline în care ei lucrează".

În genere, schizoizii, afectiv sînt reci, dar există un grup în care pe prim plan apare tocmai această răceală (hipoemotiv) și care adesea sînt leneși, molești, indiferenți, lipsiți de orice interes pentru mediul în care se află și care le provoacă tristețe și dezgust. Alții dintre ei sînt actvii, energici, apți de cruzimi extreme, au plăcerea de a provoca suferințe, chinuri cu indiferență la suferința altora. Aceștia se situează la granița dintre psihopații schizoizi și psihopații antsociali — scrie P. B. Ganușkin. Se remarcă de către autor la schizoizi prezența „contradicțiilor" în sensul că la unii dintre ei oricît de îndepărtați sau rupți de viață ar apare, se orientează în corelațiile ei elementare, ca de exemplu în organizarea ei materială, mai bine decît alții ; „în psihicul acestor schizoizi parcă ar fi două planuri : unul inferior primitiv (exterior) în deplină armonie cu condițiile reale, cel de al doilea, superior (interior) în dizarmonie cu realitatea înconjurătoare și neinteresînduse de ea".

În ce privește baza biologică a psihopatiei schizoide apare neîndoielnică înrudirea genetică și schizofrenia, fapt atestat de prezența multor psihopați schizoizi în familiile schizofrenilor. După Kretschmer psihopatul schizoid este o variantă biologică amplificată a particularităților temperamental schizotime (normale), la baza căreia se află un gen de schizofrenie și că de schizofrenie se îmbolnăvesc schizoizii pe baza unui proces. Schema este frumoasă, dar neavînd dovezi clare nu poate fi acceptată nici ca bază ipotetică. Ceea ce se poate afirma este doar afirmarea existenței unei legături între aceste două grupuri.

Dat fiind că schizofrenia se dezvoltă la schizoizi, apar mari dificultăți de diagnostic între psihopatie schizoidă și schizofrenie mai ales în formele sale atenuate, „drept singurul criteriu solid în toate aceste cazuri trebuie considerată prezența degradării endogene a personalității, oricît de neînsemnați ar fi acești indici.

„Încheind descrierea psihopaților schizoizi — scrie Ganușkin — considerăm necesar să remarcăm că mulți dintre ei prezintă, în afară de trăsăturile specifice lor și diverse trăsături astenice (Kretschmer consideră „nervozitatea" ca una din trăsăturile particulare schizoizilor). Destul de multe puncte comune pot fi la o analiză atentă descoperite între schizoizii cu fină sensibilitate, cufundați în universul lor interior ca și unii psihastenici".

Visătorii sînt sensibili, vulnerabili, au voință slabă, organizare psihică fină, suportă greu grosolănia vieții reale, se crispează ușor, se închid în sine, se refugiază adîncindu-se în visele lor, drept compensare la neplăcerile vieții reale. Se înrudesc cu astenicii prin fragilitatea organizării nervoase, „iar ruperea de realitate și cufundarea autistă în visări împiedică stabilirea unei granițe tranșante între ei și schizoizi" scrie Ganușkin.

Au o părere excelentă despre ei, nemulțumiți de poziția pe care o ocupă în viață, dar incapabili să lupte pentru una mai bună, sînt leneși, moleșiți, inactivi, privesc de sus realitatea înconjurătoare, cu dezgust obligațiile, își petrec timpul cu fantezii, al căror conținut privește realizarea dorințelor ; oameni săraci, șterși, visează bogății, onoruri, titluri înalte ; sfioși, fricoși pentru fapte eroice, netalentați pentru creații artistice remarcabile sau pentru descoperiri și invenții, respingători față de satisfacțiile erotice ; puțin originali împrumută fabulația din lecturi, spectacole, din crîmpeie de romane și din basmele pentru copii etc. Printre ei sînt și oameni realmente înzestrați cu imaginație creatoare, bogată și originală — poeți și artiști virtuali, care în visările lor transformă realitatea săracă într-un basm feeric și care de obicei ascund celor din jur cu tenacitate visările lor. Reprezentanții acestui din urmă grup se remarcă printr-o bună capacitate de reproducere plastică a imaginilor vizuale, fie printr-o inventivitate bogată, iar cel mai adesea prin ambele concomitent. La alții, prin tendința de a ajunge la „satisfacerea fie și fictivă a dorințelor lor, un mare rol îl joacă și nevoia nemijlocită de fantezie în sine", așa cum se întîmplă cu copii care se transpun în imaginația lor în scop exclusiv pentru jocuri.

În mod obișnuit visătorii nu întreprind nici cele mai mici inițiative spre a-și realiza visurile din cauza neconcordanței lor cu realitatea. Cînd însă au loc asemenea încercări li se pune imediat capăt atît din slăbiciunea visătorului ca și datorită dificultăților reale ale vieții. Visătorii se cufundă, în unele cazuri, atît de adînc în visările lor, încît cred în realitatea acestor închipuiri, iar în unele condiții exterioare corăspunzătoare pot ajunge pînă la veritabile explozii delirante de scurtă durată sau pînă la elaborarea și susținerea unui veritabil delir. Fanteziștii uzează de capacitatea lor inventivă pentru a mistifica pe cei din jur sau pentru a atrage

atenţia asupra lor, ceea ce-i apropie sau îi identifică cu psihopaţii isterici sau cu pseudologii.

IV. *GRUPA PARANOICILOR*

Această grupă prezită, după P. B. Ganuşkin, un interes particular ; pe terenul unei astfel de psihopatii, se dezvoltă paranoia o boală psihică de tip psihotic ce se află „departe la graniţele vieţii normale". Ganuşkin precizează că paranoia nu se dezvoltă numai pe un asemenea teren şi că este posibil ca şi alte psihopatii înrudite să ofere terenul favorabil dezvoltării paranoiei.

Particularitatea cea mai importantă a psihopatiei paranoide este dezvoltarea unor *idei prevalente* care influenţează psihicul psihopatului paranoid, exercitînd astfel o influenţă dominantă asupra întregii sale conduite. Ca urmare, apare o altă trăsătură fundamentală a paranoicilor — *egoismul,* permanentă mulţumire de sine şi părerea exagerată despre propria persoană. Sînt persoane înguste, unilaterale ; realitatea ce-i înconjoară prezintă interes numai în măsura în care priveşte personalitatea sa ; tot ce nu are legătură cu alţii nu priveşte personalitatea lor ; tot ce nu are legătură cu „Eul" său i se pare că nu merită atenţie, este neinteresant ; pe oamenii cu care vine în contact îi apreciază exclusiv în funcţie de atitudinea pe care aceştia o au faţă de activitatea sa, de cuvintele lui ; el *nu iartă nici indiferenţa şi nici dezacordul.* Cine nu este de acord cu paranoicul, cine gîndeşte altfel decît el, acela este în cazul cel mai bun — pur şi simplu un prost, în cazul cel mai rău — duşmanul lui personal". Paranoicul nu se interesează de politică, artă, ştiinţă etc., dacă aceste domenii nu fac parte din interesele sale, în schimb cea mai îngustă şi mai puţin importantă problemă din momentul în care *el* se ocupă de ea este suficient pentru a căpăta importanţă şi valoare generală. Ei îşi apără cu obstinaţie externă ideile, luptă pentru ideile lor, şi cu toate acestea sînt „mai puţin luptători ideologici, pe ei *îi preocupă importanţa ideii* lor, gîndul lor, restul neinteresîndu-i. Sînt insuficienţi din punctul de vedere al capacităţii critice, această insuficienţă extinzîndu-se inegal asupra diferitelor raţionamente. V. F. Cij — referindu-se la modul lor de a gîndi scria : „Despre tot ce se referă la personalitatea lor, psihopatul poate gîndi corect, dar nu poate avea judecăţi corecte despre propria personalitate în raporturile cu alţi oameni ; tot ceea ce nu are legă-

tură nemijlocită cu personalitatea sa, el își însușește și judecă corect, tot ce se referă la raporturile lui cu oamenii, tot ceea ce atinge direct personalitatea lui se înțelege nu numai fals dar și întotdeauna într-un sens determinat".

Gîndirea paranoicului este imatură, infantilă, subiectivă dar și colorată acut : „corect este numai ceea ce vrea el, ceea ce-i place paranoidului". La unii paranoizi gîndirea are ca și la visători caracter exagerat fantezist și nereținut critic ; au *tendința exagerată spre rezonerie,* adică spre construcții originale, care au ca bază o idee unilaterală pe care o împing la limitele sale extreme, „în ciuda inadvertențelor evidente". La baza raționamentelor de tip rezonerist se află greșelile de gîndire, neînțelese de paranoid din *orbirea sa afectivă* cît și datorită slăbiciunii funcțiilor critice.

Unii paranoici sînt înclinați către asociații ideative neobișnuite". Paranoicii sînt mărginiți, cu sărăcia conținutului paradoxurile în locul celor simple și naturale" — trăsături care îi înrudește cu schizoizii. „Această particularitate se explică pînă la un anumit punct prin tendința de a descoperi noul necunoscut altora, prin dorința de a se opune oamenilor obișnuiți". Paranoicii sînt mărginiți, cu sărăcia conținutului de idei și dintre acestea cele care le-au plăcut și de care nu se pot despărți și pe care le rumînează la nesfîrșit.

Afectiv sînt dominați de afecte unilaterale, dar puține ; numai gîndirea, faptele, toată activitatea lor, „sînt condiționate de o mare tensiune afectivă prezentă în trăirile lor, în complexele lor, a ideilor prevalente, în centrul acestor trăiri aflîndu-se permanent și dominant propria personalitate. Fiind unilaterali, devin puțin sau deloc înțeleși de mediul înconjurător de care se înstrăinează și cu care devin în stare de conflict, de dușmănie. Egoismul lor feroce nu lasă loc sentimentelor de simpatie, de bunătate față de oameni, de care se folosesc ca mijloc pentru atingerea scopurilor lor ; rezistența, dezacordul, opoziția pe care o întîmpină — alimentează și adîncește neîncrederea, se consideră jignit, sînt susceptibili ; nu sînt sociabili, sînt agresivi, cînd se apără trec la atac, respingînd jignirile închipuite jignesc și mai mult. Cel ce vine în conflict sau în dezacord cu paranoicul, cel ce nu se supune cerințelor sale, devine dușmanul său, cu atît mai mult dacă nu-i recunoaște talentele și ingeniozitatea sa. Fiece gest mărunt este interpretat ca o jignire, ceea ce duce la a-și face foarte mulți dușmani reali sau imaginari, și de aici lipsa unor prieteni apropiați și numeroasele dezamăgiri. Căutînd cauza

nenorocirilor sale totdeauna găseşte o persoană vinovată şi atunci răzbunarea devine o datorie de conştiinţă, nu iartă nimic, şi cu un efort volitiv susţinut îndelungat, tenace şi încăpăţînat, concentrat în atitudinea şi faptele sale, paranoidul care a ajuns la o decizie o duce la sfîrşit împlinind-o cu o cruzime care nu-l tulbură şi nu cedează nici la rugăminţile celor apropiaţi, dar nici la ameninţările sau constrîngerii autorităţilor. Convins fiind de justeţea şi infaibilitatea judecăţilor sale nu cere sfaturi, nu le acceptă, după cum respinge orice obiecţie. Pentru drepturile sale închipuite este inventiv, îşi găseşte uşor adepţi, abil în a convinge asupra drepturilor sale şi uneori iese victorios datorită tenacităţii şi pedanteriei ; dacă are eşec nu disperă, nu este abătut, nu este conştient că nu are dreptate, din înfrîngeri scoate dovezi pentru a lupta pe mai departe. Dacă nu intră în conflict cu cei din jur poate lucra cu tenacitate, sistematic, cu acurateţe, padenterie.

Din grupurile înrudite de psihopaţi are elemente comune cu schizoizii, iar prin fantezia sa necoaptă se apropie de visători, de care se deosebeşte totdeauna prin activitatea şi prin firea sa activă".

Fanaticii, „...conform limbajului curent sînt desemnaţi cu acest termen oamenii care-şi consumă cu excepţională pasiune întreaga lor viaţă slujirii unei cauze, unei idei, slujire care nu lasă locuri în personalitatea lor pentru nici un fel de alte interese. În felul acesta, fanaticii ca şi paranoicii sînt oameni ai ideilor prevalente şi ca şi aceştia extrem de unilaterali şi de subiectivi" scrie P. B. Garuşkin.

Spre deosebire de paranoici, fanaticii nu-şi scot pe primul plan personalitatea lor ci îşi subordonează mai mult sau mai puţin dezinteresat activitatea lor uneia sau altei idei cu caracter general. Dar centrul de gravitate al intereselor lor se află nu în ideile însăşi ci în traducerea lor în viaţă, datorită „faptului că activitatea intelectului trece cel mai adesea pe pe al doilea plan în comparaţie cu voinţa mînată de un afect profund inepuizabil". Printre fanatici se găsesc oameni cu înzestrare superioară, însă cei mai mulţi sînt neinteligenţi, mărginiţi. Concepţia lor despre lume nu este complexă, ci dimpotrivă ea constă dintr-un număr redus de idei, deseori împrumutate, puternic colorate afectiv, integrate profund în personalitate şi care nu suferă schimbări pînă la moartea fanaticului. Este omul împătimit de idee, din obişnuinţă sau prin intensă şi întîmplătoare trăire afectivă, care lasă urme adînci în personalitate şi care nu are nevoie de analize logice a

acestor idei, adevărat este pentru ei ceea ce voiesc și ce cred *(quod volumus, credimus).*

„Afectele fanaticilor, ca și ideile lor nu se remarcă prin bogăție. Ei sunt oamenii nu numai a unei singure idei, doar și ai unei singure pasiuni".

Nefiind interesați material dar și de egoismul nevoalat și atotobositor al paranoicilor, fanaticii își manifestă rar căldura sufletească față de anumiți oameni, iar atunci cînd o fac o manifestă față de subiectul din care-și face un instrument pentru realizarea scopurilor sale ; obișnuit se manifestă cu răceală, indiferență sau severitate autoritară, nenorocirea semenului nu-i mișcă, iar cruzimea rece adesea îi caracterizează după dictonul : *„Fiat justiția, pereat mundus"* (să existe justiția să piară lumea) este principiul existenței lor. „Forța lor principală constă în voința de neînfrînt care-i ajută să facă fără șovăială ceea ce consideră necesar".

Fanaticii „sînt surzi la glasul convingerii", întreaga lor afectivitate pătimașă dar necomplexă se află în întregime în slujba credinței lor, rezistența și persecuția îi călește doar. „Tocmai această voință de fier îi face pe fanatici periculoși pentru societate. Psihiatrul se întîlnește cu ei de regulă în calitate de conducători de curente și de secte religioase. Nu rar, sub conducerea lor, s-au săvîrșit fapte și crime îngrozitoare : autoflagelări, interogatorii, schingiuiri, asasinate, realitatea rusească a cunoscut jertfiri de oameni, autoignifieri pe rug și autoînmormîntări colective și alte jertfe nu mai puțin groaznice. Drumul în viață al fanaticului este determinat de esența lui internă" acesta este omul luptei, care numai rar se lipsește de ciocniri cu realitatea. Lipsa elasticității și adaptabilității îl aduce ușor în conflict cu legea și ordinea socială, de aceea una din etapele carierei lui este adesea detențiunea în închisoare sau în spitalul de psihiatrie".

Tipul descris mai sus este cel pur, dan în viața reală se întîlnesc mai mult forme mixte care-i apropie de psihopații paranoici sau de cei epileptoizi și nu este ușor de asemenea să fie deosebiți fanaticii de schizoizi și de visători. „Formele de tranziție în această direcție abundă într-o asemenea bogăție de nuanțe încît într-o serie de cazuri este necesar să se vorbească de fanaticii „moi" (indolenți). Așa sînt de pildă oamenii care fac dintr-o idee injustă oarecare sau dintr-o regulă igienică (de pildă din principiul „vegetarianismului") o problemă de concepție despre lume. „Aceștia nu reușesc să-și

facă ușor prozeliți și de aceea este satisfăcut cu ralizarea ideilor sale abnorme în propria viață.

Un alt grup destul de numeros este constituit de *psihopații fanatici ai sentimentului*. „Aici intră — scria P. B. Ganușkin — în primul rînd adepții exaltați ai sectelor religioase care servesc fanaticilor-căpetenii drept unealtă oarbă în realizarea scopului lor. Studiul amănunțit al acestor persoane lesne de sugestionat și care cad repede în subordonarea necondiționată a oamenilor cu voință puternică arată că ei adesea aproape că nu-și dau seama pentru ce luptă și spre ce tind. Ideia prevalentă se transformă la ei într-o trăire de devotament față de conducător, și a jertfirii de sine în numele unei cauze total neînțelese pentru ei. O astfel de transformare (trecerea pe planul al doilea) a ideii dominante, afectul corespunzător ei, se observă nu numai în domeniul fanatismului și a barbariei religioase, dar este de asemenea o particularitate caracteristică de pildă unor geloși, care sînt geloși nu din cauza ideii despre posibilitatea trădării, ci exclusiv în urma existenței unui sentiment obsesiv și fără obiect al trădării. Aceiași situație o avem și la unii nervoși constituționali și psihastenici pentru care un „afect scrupulos" fără vreo proiecție determinată, este sentimentul de groază care se adaugă la tot ce se petrece în jur. Acești oameni aflați în puterea exclusivă a unui singur afect pot fi numiți *ecnoci* în analogie cu terminologia lui Ziehen.

V. *GRUPUL EPILEPTOIZILOR*

P. B. Ganușkin precizează că prin psihopați epileptoizi trebuiesc înțelese : „...acele forme neconstituționale neprogrediente care se află în aceleași relații cu epilepsia în care se află psihopatia schizoidă cu schizofrenia. Cele mai caracteristice trăsături ale acestui tip de psihopați, noi considerăm : în primul rînd iritabilitatea extremă care ajunge pînă la accese de irezistibilă furie, în al doilea rînd crize de dezorganizare a dispoziției (cu caracter de plictiseală, frică, mînie) și în al treilea rînd așa-numitele defecte morale cu expresivitate determinată (orientări antisociale)".

Psihopații epileptoizi sînt activi, unilaterali, iubitori de senzații tari, perseverenți, încăpățînați, capacitate îndelungată de retenție în conștiința lor a unei idei, ceea ce justifică afirmarea unor idei dominante, prevalente. Afectivitatea lor are aproape totdeauna ceva neplăcut, o furie prost ascunsă, pe

fondul căreia survin din timp în timp și fără motive explozii furtunoase care duc la acțiuni și conduite periculoase, violente. Sînt inconstanți, nerăbdători, nu suportă contrazicerile și alte opinii ale celor din jur ; sînt foarte orgolioși, egoiști, „extraordinar de exigenți", nu țin cont de interesele altora în afară de interesele lor și de aici neînțelegerile și ciocnirile cu cei din jur. Chiar dacă nu are un anume motiv, îl inventează pentru a-și descărca starea sa afectivă tensionată ; sînt suspicioși, supărăcioși pentru orice mărunțiș ; critică totul, peste tot văd dezordine, și crede că tocmai el trebuie să instituie ordinea cu orice preț ; sînt tiranii familiei, insuportabilii, scandalagii (din orice motiv), fac observații de tot felul, exagerează cea mai mică vină ducînd-o pînă la limita extremă, nu iartă nimic, și nimic nu rămîne nepedepsit ; cer tuturor supunere dar nu suportă tonul imperativ al altora, disprețul, observațiile și verdictele altora.

De copii sînt neascultători, nu suportă îngrădirea reală sau închipuită a independenței lor, luptă cu patimă în toate, au pentru scurt timp relații pașnice cu colegii de serviciu. O caracteristică „importantă a epileptoizilor este înclinația lor spre tulburări episodice ale dispoziției, tulburări care pot apare atît spontan, fără nici un motiv vizibil, cît și reactiv — sub influența unor sau altor trăiri neplăcute. Ceea ce deosebește aceste tulburări de stările depresive de orice altă natură — scrie P. B. Ganușkin — este prezența aproape continuă în ele a celor trei componente : *furie, tristețe, frică*. Asemenea tulburări ale dispoziției pot dura puțin timp dar pot să țină și o zi sau cîteva zile și tocmai în aceste zile se petrec cele mai furtunoase și cele mai necugetate explozii ale epileptoizilor".

Epileptoizii sînt neînfrînați, mărginiți, unilaterali, animați permanent de interese egoiste, au activitate intensă, afectivitate lipsită de bogăție de nuanțe, agresivitate împotriva antutajului, le este absent sentimentul de vinovăție, compasiune nu pot trăi și integra sentimentele altora, particularitate care dimpreună cu egoismul și furia extreme îi face lipsiți de valoare morală și apți de acțiuni care ies din cadrul convietuirii sociale normale, și în afara granițelor stabilite de lege, ceea ce duce la acte de violență sau omoruri, vătămări grave corporale. Psihopații epileptoizi prezintă tendința spre scandaluri, îndeosebi sub influența alcoolului pe care-l suportă greu, determinînd stări explozive comportamentale sau beții patologice. „Epileptoizii, așa cum reiese clar din cele de mai sus sînt pătimași, neînfrînați, nu cunosc nici o măsură nici în

vitejia necugetată, nici în actele de cruzime, nici în manifestările pasiunii erotice. În rîndul lor găsim adesea jucători pătimaşi, beţivi dipsomani şi persoane care suferă de accesele periodice ale unei dorinţe neînfrînate spre vagabondaj. Uneori totuşi — precizează Ganuşkin — asemenea manifestări aşa-zise *impulsive* se întîlnesc şi la oamenii la care celelalte particularităţi ale psihopatiei epileptoide (furie, agresivitate) trec întrucîtva pe planul al doilea. Este greu de spus care este defectul principal al acestor *psihopaţi impulsivi, oameni ai instinctelor* (subl. ns. — M.Ş.) sau capacitatea insuficientă de înăbuşire a lor. Această varietae de epileptoizi dă un număr nu mai mic decît grupul de bază, de infractori, ea oferă criminali vinovaţi de încălcarea moralităţii sexuale, pungaşi, hoţi, risipitori etc. Printre ei sînt mulţi şi aşa-zişi *psihopaţi sexuali* (subl. ns. — M.Ş.), persoane care suferă de perversiuni sexuale. Totuşi, înclinarea spre anomalii sexuale, de un fel sau altul, este o trăsătură proprie multor psihopaţi şi nu numai unui anumit grup".

Ca şi la celelalte grupe de psihopaţi se descrie şi la epileptoizi polaritatea (psihestezică, diatezică) descrisă de E. Kretschmer la cicloizi şi schizoizi. „Se descrie la epiloptoizi vîscozitatea psihică, pedanteria, meschinăria, ipocrizia ce nu aparţin psihopatiei constituţionale, ci ca manifestări ce ţin de epilepsie ca proces maladiv, alţii vorbesc de două grupe diferite : de psihopaţi epileptoizi în afara celei descrise (antisociale) încă o altă grupă, pentru care Maus a propus denumirea de „hipersociali" (pendanţi gravi, plini de acurateţe, realizatori pedanţi, cărpănoşi, avari şi ipocriţi) fie de prezenla la epileptoizi a aceleiaşi polarităţi ca şi la ciclotimi şi schizoizi. Delbrück, de pildă, afirmă că trăsăturile de excitabilitate pe de o parte şi de vîscozitate psihică pe de altă parte sînt proprii într-un grad mai mare sau mai mic oricărui psihopat epileptoid".

Somatic, în marea lor majoritate epileptoizii sînt atleticidisplastici şi cu excibilitate extremă neurosomatică. După alţi autori epileptoizii sînt atletici aşa cum cicloizii sînt picnici, iar schizoizii astenici.

VI. *GRUPA CARACTERELOR ISTERICE*

Caracterele isterice au un loc de cetăţenie bine definit, atît în psihiatrie ca şi în medicina generală. „Ele se caracterizează în mod esenţial prin : 1. tendinţa de a atrage cu orice

preț atenția celor din jur și 2. lipsa adevărului obiectiv atît în raport cu alții cît și în raport cu sine (denaturarea raporturilor reale)", consemnează Ganușkin. Cele două trăsături amintite sînt sintetizate de Jaspers, concis și sugestiv pentru definirea caracterului isteric : „tendința de a părea mai mult decît este în realitate" iar K. Schneider definește istericii ca „persoane care cer recunoaștere".

„Istericii atrag atenția prin atitudini bombastice, teatralism, falsitate, simt nevoia să se vorbească despre ei uzînd de orice mijloace. Într-o ambianță favorabilă istericul face totul spre a se remarca, ține discursuri strălucite spre a înflăcăra auditorului, săvîrșește fapte eroice, și se jertfește fără efort, dacă el crede că aceasta incită și entuziasmează anturajul". Nefericirea lor le vine din faptul că le lipsește profunzimea, și conținutul pentru a menține timp îndelungat admirația. Afectiv, istericii sînt capricioși, instabili, sentimentele le sînt superficiale, interesele lipsite de profunzime, voința le este inconstantă, labilă, nesusținută în numele unui scop ceea ce nu le aduce nici glorie și nici extazierea celor din jur. Istericii, chiar la vîrsta înaintată nu ajung la o veritabilă maturitate spirituală : judecata lor surprinde prin caracterul ei contradictoriu, în locul aprecierii lucide, a maturității și a conformării logice a faptelor, iau locul invențiilor imaginate, neîntemeiate de tipul fanteziei infantile bogate și nestrunite. Sînt sugestibili, dar sugestibilitatea lor este selectivă și unilaterală, în raport cu nevoia de a atrage asupra lor atenția în timp ce în terapia prin sugestie pot fi rezistenți. Aparent sînt încîntători, maleabili și insinuanți, gîndirea le este capricioasă, pot afișa o dispoziție cuceritoare, naturalețe sinceră, copilăroasă și neavînd convingeri ferme cedează în problemele principale. Treptat, apar de obicei la iveală trăsăturile lor negative și falsitatea. „Fiecare faptă, fiecare gest, fiece mișcare sînt calculate pentru spectator, pentru efect : în casă, în familia lor, ei se poartă altfel decît în prezența străinilor ; de fiecare dată cînd se schimbă ambianța înconjurătoare se schimbă și fizionomia lor morală și spirituală. Ei doresc cu orice preț să fie originali și cum aceasta nu le reușește în domeniul unei activități pozitive creatoare, ei se agață de orice mijloace care le stau la îndemînă chiar dacă e vorba de a atrage asupra lor atenția prin fenomenele neobișnuite ale unei maladii. De aici scene de accese de leșinuri, ascensiuni enigmatice ale temperaturii, refuzuri îndelungate de a mînca, cu alimentarea tainică în timpul nopților, provocarea sieși a tot

felul de vătămări pe care le dă apoi drept de la sine apărute etc. Adesea ei se dau drept jigniți și nefericiți", pe ei nu-i costă nimic să acuze fără nici un temei, de pildă pe medicul care-i tratează, cu care ei rămîn de unul singur, de tentativă de viol și chiar de viol. În asemenea cazuri ei joacă cu plăcere scene de disperare și fac încercări teatrale de sinucidere dar în așa fel calculate încît sinuciderea să nu reușească. Pentru a produce impresie ei sînt gata să contrazică concepțiile general admise, de a lăuda sau iubi ceea ce nu place nimănui, ceea ce tuturor chiar le repugnă, apărîndu-și cu încăpățînare extremă opiniile, ideile și gîndurile lor neobișnuite. Temîndu-se să nu fie întrecuți de cineva într-un rezultat hotărît de ei, istericii de obicei sînt invidioși și geloși. Dacă într-un domeniu oarecare istericul va trebui să se ciocnească cu un rival atunci el nu va scăpa nici cel mai mărunt motiv pentru a-l umili pe acesta și a-i demonstra superioritatea sa. „Istericii nu-și recunosc greșelile, nu suportă indiferența sau disprețul, preferă animozitatea și ura ; sînt ranchiunoși și răzbunători față de cei ce le trezesc nemulțumirea". „Fiind inepuizabili în mijloace și nediferențiindu-le, ei se simt cel mai bine în atmosfera de scandaluri, de intrigi și de ciorovăieli", le place viața ușoară, liberă, sînt lipsiți de tenacitate.

„Lipsa de maturitate spirituală a personalității isterice, nedîndu-i posibilitatea să-și realizeze pretențiile reale pe calea educației și folosirii aptitudinilor cu care este înzestrată în mod real, o împinge pe calea folosirii nediferențiate a tuturor neplăcerilor de influențare a celor din jur, numai pentru a ajunge cu orice preț la o situație privilegiată. Unii autori subliniază în mod deosebit structura infantilă a vieții emoționale a istericilor, văzînd în ea o cauză, nu numai a superficialității extreme a emoțiilor lor, ci și a insuficientei lor rezistențe la stresurile traumatizante. Trebuie remarcat doar că și în domeniul reacțiilor la traumatismele psihice, o mască premeditată și inventată ascunde adesea la isterici consecințele nemijlocite ale șocului sufletesc".

În sensul cel mai larg al cuvîntului impresiile externe dețin un loc dominant în balanța vieții psihice a istericului, ceea ce face ca aceste persoane să nu se poată adînci în trăirile lor interioare (ca în cazul psihastenicului) ci se orientează spre exterior, nu pierde nici o clipă ceea ce se petrece în jur, însă reacționează foarte original și selectiv la cele din preajma sa. „În timp ce unele obiecte sînt percepute foarte clar, foarte subtil și pregnant, ba chiar se fixează mult timp în conștiință

sub formă de imagini și reprezentînd foarte clar, altele sînt ignorate, nu lasă hotărît nici o urmă în psihic și mai tîrziu nu pot fi deloc amintite. Lumea exterioară, reală, capătă pentru omul cu un psihic isteric contururi specifice, fantastice, criteriul obiectiv este pierdut pentru el și acesta este adesea un motiv pentru cei din jur să-l acuze pe isteric de falsitate și simulare. Limitele de spațiu care se stabilesc pentru un om cu psihic normal pe de o parte și de timp pe de altă parte, nu există pentru isteric : el nu este legat de ele. Ceea ce s-a întîmplat ieri sau se întîmplă apoi, i se poate părea că s-a întîmplat acum o sută de ani și invers. Și nu numai despre lumea exterioară el are cunoștințe greșite, la fel de greșit informat este istericul și cu privire la toate acele procese care au loc în propriul organism, în propriul lui psihic. În timp ce unele dintre trăirile lui îi scapă chiar lui însăși, altele dimpotrivă sunt apreciate deosebit de subtil. Din cauza clarității unor imagini și reprezentări și a palidității acestora, persoana cu trăsătură psihică isterică nu face deosebire, sau mai exact nu poate face o asemenea deosebire între fantezie și realitate, între cele văzute și între cele ce abia i-au venit în minte, între cele întîmplate aievea și cele văzute în vis ; unele imagini mintale sînt atît de pregnante încît se transformă în senzații, altele dimpotrivă pătrund numai cu greu în conștiință. Oamnii cu caracter isteric, ca să spunem așa, se emancipează de fapte. Percepînd extrem de fin și de acut unele lucruri, istericul se dovedește total insensibil față de altele ; bun, moale, chiar plăcut într-un caz, el dovedește o totală indiferență, un egoism extrem, uneori chiar și cruzime într-un alt caz : mîndru și trufaș, el este în același timp gata la tot felul de umiliri posibile ; neconciliant, încăpățînat chiar pînă la negativism, el devine în alte cazuri de acord cu toate, docil, gata să se supună oricui ; neputincios și slab, el dovedește energie, perseverență, rezistență atunci cînd acestea sînt cerute de la el legile care domină în psihicul lui. Aceste legi există totuși în psihicul lui, chiar dacă noi nu le-am ști, chiar dacă manifestările psihicului istericului ar fi atît de variate și de caleidoscopice încît ar fi mai bine să vorbim nu de o legitate a fenomenelor, ci de o totală anarhie". (P. B. Ganușkin).

Mincinoșii patologici. P. B. Ganușkin subiliază că „Dacă nevoia de a atrage atenția și de a-i orbi pe ceilalți pe de o parte cu o fantezie extrem de înflăcărată, de bogată și nematură, iar pe de altă parte, cu defectele morale mai pregnat exprimate decît la isterici, atunci apare tabloul acelei psiho-

patii, pe care Delbrück o numea *pseudologia phantastică*. După mitomanie, pe reprezentanții cărora Kraepelin îi denumește mai dur dar și mai just ca „mincinoși și pungași", acești psihopați sînt capabili, inventivi, însușesc rapid noul, posedă arta vorbirii, folosesc abil în scopul lor orice cunoștință, orice aptitudine pe care o au, pot apărea culți, chiar savanți, posedă bagaj superficial de informații culese din dicționarele enciclopedice sau din lucrări de popularizare. Unii pseudologi au înclinații artistice, poetice, scriu versuri, desenează, se ocupă de muzică, au înclinații sau pasiuni pentru teatru. Au abilitatea de a intra ușor în relație cu oamenii și le cîștigă ușor încrederea, sînt abili, știu să se poarte cu demnitate, să îmbrace elegant, se preocupă de exteriorul lor spre a produce impresie, eleganța putînd constitui principala caracteristică a acestui psihopat. Se interesează în mod autentic doar de persoana lor și sînt lipsite de rezistență și siguranță ; sînt superficiali, nu se pot angaja într-un efort îndelung, se distrag ușor, se risipesc în toate, au interese spirituale meschine, le repugnă munca care cere perseverență, minuțiozitate, acuratețe. „Gîndurilor lor — scrie Kraepelin — le lipsește caracterul sistematic, orînduirea și coerența, judecăților lor — maturitatea și constanța, iar întregii lor perceperi a vieții — profunzimea și seriozitatea". Sînt moral istabili, ușuratici, nu au trăiri profunde, sînt capricioși, în afecțiunile lor, nu realizează relații trainice cu alții, le este străin simțul datoriei, se iubesc numai pe ei. „Cea mai fatală particularitate a lor — scrie Ganușkin — este incapacitatea de a-și ține în frîu imaginația". Au tendința de a poza, de a arunca praf în ochii altora, nu rezistă ispitei de a-și întrebuința în acest scop fanteziile lor cu detalii legate și imagini luxuriant colorate, de aici înclinația pătimașă spre minciună cu daune personale colosale. „Ei mint în mod artistic, cu măiestrie, pasionîndu-se ei înșiși de minciuna lor și uitînd că aceasta este o minciună". Frecvent ei mint „în gol", fără motiv, doar pentru a străluci prin ceva, pentru a uimi pe cineva, inventînd pentru a-și scoate în evidență personalitatea lor, bogățiile lor materiale imaginare „funcțiile și relațiile înalte pe care le-au avut sau le au, inexistente în realitate, dar despre care oferă detalii minuțioase. Unii dintre ei mint nevinovat precum copiii din dorința de a străluci în imaginația lor.

Dintre pseudologi mulți trag foloase din minciuna lor. Aceștia sînt șarlatanii care se dau drept oameni ce călătoresc

incognito, se dau drept doctori, ingineri și reușesc de multe ori să țină pe cei din jur „sub hipnoza înșelăciunii".

Din această grupă fac parte, trișorii, falsificatorii de documente, pungașii de stradă care storc bani de la cei creduli relatînd nenorociri inventate sau promițînd servicii prin relațiile lor importante. „Stăpînirea de sine este uluitoare, cel mai adesea ; ei mint cu atîta convingere, nejenîndu-se de nimic și scapă atît de ușor cînd sînt strînși cu ușa încît provoacă involuntar admirație". În fața „loviturilor soartei" pseudologii sînt instabili, iar cînd sînt demascați ajung ușor la disperare totală și își pierd în întregime demnitatea.

„O serie de trăsături îi înrudesc pe psihopații de acest tip cu grupul de isterici...". Deosebirea principală constă în aceea că falsitatea ascunde la ei toate celelalte trăsături de personalitate. În afară de aceasta, istericii, în ieșirile lor, trec de rare ori granițele impuse de codul penal în timp ce pseudologii sînt nevoiți să se întîlnească cu psihiatrii-judiciari cît și cu psihiatrii din închisori.

„O deosebire mult mai tranșantă îi deosebește pe pseudologi de visători cu care ei au o singură trăsătură comună — excitabilitatea exagerată a imaginației : după definiția foarte inteligentă a lui Kronfeld, *în timp ce visătorul se înșeală pe sine în raport cu lumea exterioară, pseudologul înșeală pe cei din jur în ceea ce îl privește pe el*, (subl. ns. — M. Ș.). Faptul că acesta din urmă începe uneori să vadă singur în propria sa înșelătorie reprezintă doar un afect lateral care nu face parte din esența tendinței fundamentale a conduitei lui" (P. B. Ganușkin).

VII. *GRUPUL PSIHOPAȚILOR INSTABILI*

Termenul de instabil este insuficient definit și de aceea P. B. Ganușkin consideră că nu este necesar să i se lărgească sfera și sensul și că acest termen să desemneze „...acei oameni care sufletește sînt lipsiți de profunzime, au caracter slab, care adesea cad sub influența mediului, adesea a unui mediu rău și atrași de exemplele colegilor lor sau de regulele care domnesc în cercul lor profesional (mediul literar de altă dată, boema literară etc.), devin beți, jucători de cărți, risipitori, dar chiar și pungași mărunți pentru a se trezi în cele din urmă „la fund". Acești psihopați nu sînt „nici reci", „nici fierbinți", lasă interesele mari fără afecțiune profundă, amici

buni, adesea interlocutori încîntători, oameni de societate care se plictisesc în singurătate, care iau adesea exemplul de la prietenii lor mai străluciţi. (Milieumenschen).

Dasă sînt într-un mediu ordonat, unde nu se bea alcool şi se lucrează sistematic aceşti psihopaţi merg în pas cu ceilalţi şi nu sînt mai răi decît aceştia. Uneori atrag nemulţumirea anturajului datorită firii lor dezordonate, lipsită de acurateţe şi îndeosebi datorită lenei. După ei trebuie să stai mereu cu bătul, trebuie să-i îndemni, să-i certi, să-i înviorezi, după împrejurări". „Înflăcărîndu-se uşor ei se răcesc uşor, adesea neterminînd munca începută de ei, mai ales cînd au fost lăsaţi de capul lor. Nenorocirea lor o constituie narcoticele (în special vinul) sub influenţa cărora devin de nerecunoscut..." ca şi cum cineva ar fi luat locul acelui om drăguţ cu care era atît de plăcut să ai de-a face mai înainte, cînd el era treaz : din bun, serviabil şi indulgent, el devine grosolan, îndrăzneţ, egoist chiar, mai mult, nemilos, capabil să bea într-o singură zi toţi banii din care familia ar fi trebuit să trăiască o lună întreagă, să scoată din casă şi să vîndă ultima îmbrăcăminte a soţiei şi a copiilor etc.". Cînd se trezeşte regretă amarnic faptele sale, se autoacuză, dînd vina pe alţii, şi se plînge că, pe el, omul exigent şi dotat, „l-a mîncat mediul". Aceşti psihopaţi trezesc uşor compasiunea, dorinţa de a-i ajuta, însă imediat ce a scăpat de sub supraveghere începe din nou să cheltuiască totul, nimereşte în marile scandaluri, contractează boli venerice etc. Ţinuţi din scurt de o persoană cu voinţă puternică un asemenea psihopat poate să se înscrie optimal în condiţiile obişnuite de viaţă.

VIII. *GRUPUL PSIHOPAŢILOR ANTISOCIALI*

În 1835 Prichard descrie *moral insanity* („nebunie morală") prin care se înţelegea o „leziune mai mult sau mai puţin izolată a sferei emoţionale în opoziţie cu cazurile în care pe primul plan trece leziunea intelectului — *„intelectuale insanity"*. Urmaşii lui Prichand au început să înţeleagă din acest termen altceva şi anume lipsa sentimentelor morale la un intelect mai mult sau mai puţin păstrat. Teoria nebuniei morale în această din urmă accepţiune s-a bucurat un timp de recunoaştere unanimă şi de o mare popularitate, totuşi ea astăzi aparţine deja istoriei, scrie P. B. Ganuşkin şi continuă : „Psihiatria contemporană nu cunoaşte o asemenea maladie, după cum nu cunoaşte în genere monomaniile".

Psihopații antisociali, în opinia lui P. G. Ganușkin, există și ceea ce sare în ochi la ei este defectivitatea morală și că psihopații antisociali constituie „...probabil nu un grup aparte autonom de fenomene ci numai de dezvoltare a unor sau mai multor forme constituționale de bază. Este foarte ispititoare reducerea numărului acestor grupuri de bază și considerarea celorlalte ca derivate ; totuși..., deocamdată, aceasta nu ne-o permit nici faptele clinice, nici fundamentarea biologică".

Și astăzi încă se discută asupra acestui subiect, motiv pentru care vom reda in cele ce urmează descrierea realizată de Ganușkin după cum urmează : „*Aceștia sînt oameni care suferă de demență emoțională parțială și anume de lipsa emoțiilor sociale, sentimentul de simpatie pentru cei din jur și conștiința datoriei față de socieate lipsește la ei de regulă în totalitate ; ei nu au nici onoare, nici rușine, sînt indiferenți la laudă sau la ocară, ei nu se pot adapta la reguliile de conviețuire socială. Aproape întotdeauna ei sînt — subiecți în primul rînd falși — nu din nevoia de a poza sau fantaza, ci exclusiv pentru a-și masca instinctele și intențiile, iar în al doilea rînd — leneși și incapabili de a avea muncă regulată. La ei nu pot fi căutate interese spirituale cît de cît exprimate, în schimb se particularizează printr-o mare dragoste, pentru plăcerile senzoriale : aproape întotdeauna aceștia sînt lacomi, senzuali, perverși. Cel mai adesea ei nu sînt pur și simplu „reci", și „cruzi". Grosolani și răi, ei se evidențează încă din copilărie, la început prin înclinațiile lor de a chinui animalele și printr-o uimitoare lipsă de afecțiune față de cei mai apropiați oameni (chiar și pentru mame), iar mai tîrziu prin dorința neceremonioasă ,parcă intenționată de a nu lua în seamă nici cea mai mică comoditate a celor din jur. Ei sînt capabili să-și scuipe mama în față pentru un fleac, să înceapă să se certe la masă cu cuvinte de piață, să spargă geamurile, vesela, mobila chiar la cea mai mică ceartă și toate acestea nu ca urmare a unei extreme excitabilități furioase, cît mai ales pentru a face în ciudă celor din jur*", (subl. ns. — M. Ș.) De multe ori cu o ciudă și o ură sălbatecă față de cei apropiați, în particular față de tată, care încearcă să-i țină în anumite limite, cazuri în care ei pot ajunge pînă la asasinat, avînd în vedere că suportă foarte greu limitarea libertății și de aceea, de regulă, părăsesc de timpuriu casa și familia ; lipsa afectivității din mediul familial înseamnă pentru ei doar un șir de restricții insuportabile ca și neputința de a-și desfășura deplin înclinațiile lor originale" — scrie P. B. Ganușkin.

Tocmai acest grup de psihopaţi l-a avut în vedere C. Lombraso atunci cînd vorbea de „criminalul înăscut". Dar aşa cum observă Ganuşkin, nu toţi psihopaţii pot fi consideraţi criminali — şi aici este cea mai mare greşeală, făcută de Lombroso atunci cînd vorbea de „criminalul înăscut". Dar aşa acel gen de activităţi care corespunde cel mai mult înclinaţiei lor ; pentru criminalii de acest gen este deosebit de caracteristică totala lor incorigibilitate şi ca urmare această tendinţă la recidivă. Adesea, dintre ei se formează adevăraţii şi convinşii duşmani ai societăţii, care se răzbună pe societate pentru limitele care le impune activităţii lor ; pe ei pune stăpînire o adevărată pasiune de a lupta cu legea, primejdia îi atîţă doar ; crima începe să-i atragă ca o cauză favorită, se dezvoltă deprinderi speciale şi ca urmare a conştientizării unui talent original, o anumită mîndrie profesională. Totuşi, unii dintre psihopaţii antisociali se menţin în limitele convieţuirii sociale — persoane prin excelenţă din clasele sociale bine înstărite, care nu au nevoie de crimă pentru a-şi satisface setea de plăcere ; aşa sînt mulţi politicieni sus puşi, care nu refuză în scopurile lor îngust-egoiste nici un fel de mijloace ; aşa sînt mamele fără inimă care nu nutresc nici o afecţiune pentru copiii lor, ci îi persecută cu severitate şi cruzime şi îi lasă fără nici o remuşcare în grija doicilor. În genere trebuie spus că psihopatia descrisă cuprinde un grup foarte larg de persoane cu structură diferită în multe privinţe. În afara tipului de bază, care se distinge prin trăsături care-i înrudesc cu epileptoizii (oameni grosolani, cruzi şi furioşi), printre ei se întîlnesc şi raisoneurii reci, nesimţitori, şi subiecţii înrudiţi cu schizoizii şi subiecţii a căror logică activă este gata mereu să justifice, să explice faptele lor proaste". Tocmai cu privire la asemenea cazuri, psihiatrii clasici francezi vorbeau de *folie morale, folie raisonnante, (délire des actes).*

În ce priveşte diagnosticul diferenţiat, în afară de imposibilitatea de a separa această formă de schizoizi şi epileptoizi pe de o parte, de mincinoşi şi psihopaţi instabili pe de altă parte, trebuie amintit că adesea este foarte greu a hotărî, dacă avm de-a face cu un psihopat antisocial sau cu un schizofren dement — emoţional (proces lent desfăşurat) fără fenomene de demenţă clar exprimate" (P. B. Granuşkin).

IX. *GRUPUL MĂRGINIȚILOR CONSTITUȚIONALI*

Acest grup se află la limita dintre sănătatea psihică și boala psihică și cuprinde oameni mărginiți din naștere, neinteligenți înăscuți și care se contopesc cu grupuri de înapoiere mintală înăscută (oligrofenie, idioție). Fără a insista asupra cauzelor ce produc această înapoiere, P. B. Ganușkin scrie că : „Scopul nostru este să subliniem doar că printre psihopatiile constituționale trebuie lăsat loc și acestor persoane a căror trăsătură distinctivă este insuficiența mintală înăscută. Acestea sînt tocmai acele cazuri asociate drept cazuri de prostie și mărginire și în care, în mod obișnuit, nu sîntem în stare să spunem ce este aici normal și ce nu este normal. Asemenea oameni învață uneori bine (ei au și o memorie bună), nu numai în școala medie, dar și în școala superioară ; cînd ei pășesc în viață, cînd trebuie să aplice cunoștințele lor la realitate, se manifestă o oarecare inițiativă — dar ei se dovedesc cu desăvîrșire sterili. Ei știu „să se poarte în societate" și să vorbească despre vreme, să spună lucruri banale, de șablon, dar nu dovedesc nici un fel de originalitate (de aici expresia „Salon blödsinn — debilitate mintală de salon)". E. Bleuler denumea acest tip de psihopați cu termenul „die Unklaren", accentuînd că aceștia se caracterizează nu atît prin sărăcia asociațiilor, cît mai ales prin lipsa de claritate a noțiunilor. Bleuler consideră că este vorba în acest caz de lipsa soliditățiii complexelor asociative, din cauza căreia una și aceeași idee, la intervale diferite de timp, nimerește într-un mediu asociativ diferit, fără ca aceasta din urmă particularitate să poată fi remarcată de pacientul însuși.

„Ei se descurcă bine în viață numai într-un cadru determinat, îngust, de mult stabilit în cadrul familiei și al bunăstării materiale. Pe de altă parte, aici intră și oamenii elementari, simpli, primitivi, lipsiți de interese spirituale, dar care fac față bine cerințelor simple ale unei meserii ; uneori chiar lucrează destul de bine în comerț, chiar în administrație" — scrie Ganușkin.

Psihopații debili mintali constituționali sînt foarte sugestionabili, se supun în mod constant opiniei majorității, „opiniei sociale", sînt oameni ai șablonului, banalității, modei și ai mediului (Milienmenschen), dar nu în sensul psihopaților instabili care trăiesc după exemplul clar al acestui mediu — „viciul", aici dimpotrivă, după cumințenie, bună purtare. „Psihopații mărginiți constituțional, sînt totdeauna conserva-

tori ; dintr-un simţ firesc de autoapărare ei se ţin de ceea ce este vechi, cu care s-au obişnuit şi adaptat şi se tem de tot ceea ce este nou. Aceştia sînt acei oameni „normali", despre care Cullere spunea că *în ziua în care nu vor mai exista oameni seminormali (demi-fous), lumea civilizată va pieri, va pieri nu dintr-un prisos de înţelepciune, ci dintr-un prisos de mediocritate* (subl. n. M.Ş.) Aceştia sînt acei oameni pe care Ferri îi compară cu confecţiile „de-a gata făcute din marele magazine ; aici acţionează numai legea imitaţiei. Ca oameni foarte sugestionabili, lor le este apropiat tot ce este „omenesc", toate „slăbiciunile omeneşti" şi în primul rînd frica şi disperarea. Ei dezvoltă foarte uşor stări reactive ca urmare a unor traume corespunzătoare : o stare depresivă acută — după pierderea averii, ipohodrie acută — după un diagnostic straşnic etc. La debilii constituţionali trebuie incluşi, acei subiecţi originali care se remarcă printr-o mare înfumurare şi care cu o înfăţişare solemnă citează locurile comune şi fraze bombastice lipsite de orice sens, reprezentînd o aglomerare de cuvinte frumoase, fără conţinut.

„...Poate că aici mai trebuie amintit şi de unii raisonneuri, pe care dorinţa unei păreri proprii despre toate îi duce la cele mai grosolane erori, la emiterea drept adevăruri a unor sentinţe absurde, care ignoră cele mai elementare cerinţe logice.

Trebuie subliniat, că pentru multe aspecte ale debilităţii constituţionale se confirmă maxima unui renumit psihiatru german că ei *pot şi ştiu mai mult decît ştiu şi pot* (mehr kören, als wissen), fapt în urma căruia într-o viaţă brută elementară ei se dovedesc adesea chiar mai adaptaţi, decît aşa-numiţii oameni inteligenţi. Bleuler, care printre primii a separat această formă maladivă, afirmă că acest tip de bolnavi, — în opoziţie cu oligofreniile obişnuite, ştiu tot mai mult decît pot. Ne permitem — scrie P. B. Granuşkin — să considerăm că această afirmaţie nu corespunde realităţii şi este valabilă numai într-un mic număr de cazuri".

*
* *

„În fine — scrie Ganuşkin — nu trebuiesc uitate aici, de asemenea, relaţiile existente dintre psihopatie şi genialitate (sau persoanele superior înzestrate). Aici trebuie să plecăm de la faptul că într-o formă neexprimată pregnant, anumite particularităţi psihopatice sînt proprii şi aproape tuturor oamenilor

„normali". De regulă, cu cît mai pregnant este exprimată individualitatea, cu atît mai clare devin propriile ei trăsături psihopatice. Nu este de mirare că printre oamenii superior înzestrați cu o viață emoțională bogat dezvoltată, și cu o imaginație ușor excitabilă, numărul de psihopați neîndoielnici este destul de mare. Pentru a aprecia just această împrejurare, trebuie ținut minte și faptul că la crearea unei opere geniale participă doi factori : mediul (epoca) și personalitatea creatoare. Că mulți psihopați, anume datorită particularităților lor psihopatice, trebuie să fie mult mai sensibili la cerințele epocii, decît așa-zișii oameni normali... Istoria se interesează numai de creație și în special de acele elemente ale ei care nu au un caracter personal, individual ci un caracter general și netrecător. Trecînd pe al doilea plan în fața istoriei, o personalitate creatoare prin valoarea ei biologică nu este nicidecum obligată să aibă acea valoare pozitivă care este proprie în mod obiectiv creației sale. Controversa dacă personalitatea genială reprezintă un fenomen de degenerare sau de progres, în esență este sterilă și reprezintă în mare parte rezultatul unui amestec greșit de puncte de vedere biologice și sociologice".

CLASIFICAREA LUI V. GHILIAROVSKI

1. *Personalitatea excitabilă :* excitabilitate crescută sub influenţa unor motive neînsemnate cu reacţii necorespunzător de intense : starea de hiperexcitabilitate e agravată de stara de ebrietate, apoi după acest puseu devin sociabili, corecţi, recunosc că au avut o comportare greşită.

2. *Psihopatia emoţională labilă :* e caracterizată prin stări de euforie şi tristeţe necorespunzătoare condiţiilor exterioare.

3. *Psihopatie hipertimică.*

4. *Psihopatia distimică.*

5. *Istericii :* sînt caracterizaţi prin emotivitate şi sugestibilitate, sînt egoişti, egocentrici, tind să pară o persoană pe care cei din jur n-o înţeleg.

6. *Psihopatia psihastenică :* caracterizată prin anxietate, ipocondrie şi nehotărîre. Folosesc raţionamente infinite care nu duc la o acţiune concretă iar pe acest fond pot apare stări obsesive.

7. *Pshopatia astenică :* se caracterizează printr-o vulnerabilitate şi timiditate extremă.

8. *Psihopatia cverulentă :* sînt neîncrezători, suspicioşi, au convingerea că li se aduce un prejudiciu, devin revendicativi, iar dacă nu pot realiza o acţiune li se întăreşte convingerea că sînt neînţeleşi. Din această cauză au posibilitatea de a trece în paranoia.

9. *Psihopatia impulsivă :* bolnavii sînt caracterizaţi prin îndemnuri neaşteptate ce se deosebesc de stările obsesive prin aceea că apar inopinant, sînt lipsite de un stadiu preliminar în care individul ar lupta cu imboldul. Au o sexualitate exagerată fără ca această precocitate să indice şi o activitate viitoare. Pe un teren de impotenţă pot apare diverse perversiuni datorită insuficienţei instinctului genezic în vederea executării actului sexual.

CLASIFICAREA LUI GUREVICI

1. *Psihopatia schizoidă* : se caracterizează prin stîngăcie, insuficienţa mimicii, vorbire monotonă, sînt autişti, necombativi, tendinţe spre abstracţionism cu filozofări neproductive dacă apar pe un teren deficitar. Afectivitatea e alterată în sensul indiferenţei, lipsei de pasiune. Comportamntul este tulburat în sensul automatismelor, stereotipiilor. Uneori sînt foarte înzestraţi şi devin productivi în activitatea lor, cînd sînt neproductivi colecţionează lucruri fără importanţă, opere ciudate şi fantastice. În această formă se deosebesc cîteva grupe :

— forma principală şi corespunde absurzilor ;

— obtuzii emoţionali, caracterizaţi prin egoism, indiferenţă, reflectarea cu dispreţ a ceea ce se produce în jurul lor, putînd deveni cruzi ;

— senzitivii : sînd vulnerabili, susceptibili, suferind de pe urma atingerii cu realitatea, devin visători, stare în care au satisfacţia de a realiza ceea ce realitatea nu le-o permite însă nu încearcă a realiza această visare.

— paranoizii : se supraestimează, nu suportă critici şi nici nu se comportă critic, iar tunci cînd nu găsesc aprobarea celor din jur reacţionează prin a se inferioriza sau de a se răzbuna. Aceste tulburări nu ating gradul de psihoză ci rămîn ca modificări caracteriale nefiind totuşi o formă incipientă de paranoia. Se deosebesc de schizofreni prin lipsa degradării psihice şi nu constituie obligator o formă ce precede schizofrenia.

2. *Psihopatia cicloidă* : sînt picnici, îndemînatici, comunicativi, cu oscilaţii între depresiune şi hipomanie sau numai cu una din aceste stări. Au înclinaţii spre gîndirea concretă.

3. *Psihopatia epileptoidă* : sînt lipsiţi de tendinţa spre demenţiere, au o constituţie atletică, labilitate vazomotorie, iritaţie accentuată cu tendinţe spre explozii afective. Procesul ideativ este în majoritatea cazurilor încetinit, vîscos. Sînt persoane dificile pentru viaţa în comun mai ales că alcoolismul le agravează starea. Crizele convulsive apar numai în culmea afectului şi nu noaptea.

4. *Psihopatia reactiv — labilă — isteroidă* ; reacţiile lor isteroide se deosebesc foarte greu de isterie, avînd următoarele caracteristici : constituţie picnică, mobilitatea mimicei, lipsa capacităţii pentru munci încordate, sînt foarte impresonabili, labilitate emotivă, atitudini copilăroase. Pot fi influenţaţi de excroci, de prostituaţi etc.

5. *Psihopatia perversă* : e caracterizată prin perversiunea instinctelor şi tendinţelor mai ales sexuale care, fiind profund vitale, arată şi gravitatea anomaliilor specifice acestei categorii. În această categorie amintim :

— homosexualitatea — atracţia naturală spre persoane de acelaşi sex iar după Freud prietenia oamenilor de acelaşi sex este generată de influenţe negative, de impresii sexuale din copilărie, de onanie, iar cea forţată de împrejurări — *pseudohomosexualitate* — deoarece îşi revine în condiţii adecvate.

La homosexuali se observă modificări endocrine, pilozitate, de tip feminin, piele fină, bazin modificat, voce înaltă, iar din punct de vedere psihic, în copilărie îndrăgesc păpuşile, iar adulţii se pudrează, fac lucruri de mînă. La femei constituţie fizică masculină, voce aspră. Aceste perversităţi se explică prin infantilism psihosexual, adică, instinctul sexual se opreşte la un stadiu nediferenţiat de dezvoltare şi se observă atracţii polimorfe presexuale. În acest stadiu, dacă se opresc se explică exchibiţionismul.

— Masturbaţia — o perversiune ce alungă atracţiile sexuale naturale şi-şi autorealizează (autoerotism), tendinţele genezice ;

— Fetişismul — o pasiune pentru obiecte ce provoacă excitaţie sexuală ;

— Travestitismul — atracţie sexuală legată de îmbrăcarea hainelor sexului opus.

— Pedofilie — atracţia sexuală pentru copii.

— Sodomia — relaţii sexuale cu animalele.

— Masochismul — plăcerea de a fi chinuit de partener.
— Sadismul — plăcerea de a pricinui dureri partenerului.

A. E. Popov, în manualul de psihiatrie a lui Kerbikov, descrie următoarele forme clinice :

— astenici ;
— paranoiaci ;
— excitabili (explozivi) ;
— hipertimici ;
— timopații :
— hipotimici ;
— psihastenici.

CLASIFICAREA PSIHOPATIILOR DUPA O. V. KERBIKOV

O. V. Kerbikov, realizează următoarea clasificare a *„psihopatiilor şi caracterelor patologice“ :*

1. *Psihopaţii excitabili* — sînt guralivi extremi, se lasă cu promptitudine prinşi de furie şi de aici şi denumirea de *psihopaţi explozivi.* Furia este declanşată pentru cele mai neînsemnate motive, este inadecvată, strigă şi ţipă, injuriază, trec la acte agresive directe : sînt irascibili, în permanentă colziune cu anturajul, cverulenţi, prezintă frecvente implicaţii medico-legale psihiatrice. În afara crizelor impetuoase păstrează critica faptelor responsabile pînă la o nouă criză de furie pentru care acuză anturajul ; sînt perseverenţi, încăpăţînaţi în atingerea scopului şi dacă au în cale un obstacol devin furioşi : la unii predomină vîscozitatea, meticulozitatea, inerţia emoţională şi pedanteria meschină. Aceasta este varianta epileptoidă sau *psihopatia epileptoidă ;* sînt egocentrici, urmăresc o „dreptate“ preconceputâ, everulenţi, oscilanţi timici ,sub formă despresivă, axioasă şi coleroasă, un amestec de angoasă şi frică sau sub formă de disforie, ce survine fără motiv exterior, subit, durează cîteva ore, rar mai multe zile, cedând subit. În această perioadă sînt agresivi, comit tentative suicidare, se dedau la consum de alcool. Dintre dipsomani mulţi sînt psihopaţi excitabili cu disforii periodice. Mulţi suportă rău alcoolul care le agravează explozivitatea patologică. Psihopaţii explozivi recurg frecvent la consumul de droguri.

2. *Psihopaţii inhibaţi* constituie un grup mai puţin omogen ca cel al psihopaţilor excitabili. Kerbikov distinge două grupe de psihopaţi inhibaţi : *psihopaţi astenici* care prezintă sentimente de subapreciere, de inferioritate, orgolioşi, vulnerabili, impresionabili, sensibilitate maladivă, grosieră şi lipsită de tact, hiperestezie senzorială, nu suportă să vadă sînge.

Se simt rău în situații noi, timizi, rezervați, nu știu ce să spună și ce să facă cu mîinile și picioarele lor ; unii își ascund timiditatea și indecizia prin masca dezinvolturii, fără a menține mult timp acest rol. Astenici, suferă violent din cauza incapacității imaginare considerînd că anturajul își bate joc de ei *(delir senzitiv de relație).*

Psihopații astenici pot avea obsesii și mai ales frici obsedante *(sindrom fobic).* Iau greu cuvîntul în public, situație toruturantă pentru ei ; sînt instabili, uneori furioși mai ales în stări de epuizare, tensionați-emoțional, se epuizează rapid, schimbă greu ambianța obișnuită, fac eforturi de scrupulozitate, sînt stereotipi, pedanți în ce privește ordinea. A doua grupă este a *psihopaților psihastenici* care au trăsături comune cu astenicii de care sînt greu de deosebit, în frecvente cazuri. Psihastenicii sînt impresionabili, timizi, rezervați cu complexe de inferioritate, au îndoieli permanente, oscilează între „pentru" și „contra", prezintă *ruminații mintale,* analizează îndelung actele executate, verifică la nesfîrșit cele săvîrșite, reflectă asupra cuvintelor spuse, se subestimează, nu sînt mulțumiți de ei, se autoacuză că n-au fost atenți sau prevăzători, se pierd în abstracțiuni de tot felul, percep lumea sub imperiul raționamentelor și meditațiilor reflexive interminabile, pierd sentimentul realului, ceea ce citesc și aud au o mai puternică rezonanță intrapsihică decât evenimentele ce le percep ; prezintă obsesii, idei obsedante *(sindrom obsesional) ;* suportă cu dificultate schimbările, chiar în mod penibil ; sînt lipsiți de încredere în sine, neîncrezători, au angoase, frici, anxietăți tipice, de unde și calificativul de *caracter anxios* (Suhanov) ; văd lumea sumbru, neliniștiți, sînt preocupați excesiv de propria sănătate, acordînd o semnificație exagerată celei mai mici senzații de disconfort ; sînt vulnerabili, delicați, în raporturile interumane, pedanți, meticuloși pînă la a dispera anturajul, exigenți cu ei înșiși, insistenți spre a nu greși ; timizi, rezervați, tăcuți, înclinați spre reverie.

3. *Psihopații isterici* sînt conduși de emoțiile vii, tumultoase, instabile, superficiale, entuziaste, teatrale, își freacă mîinile, îmbrățișează cu căldură și sughiță cu disperare, emoțiile neavînd rădăcinile nici profunde, nici constante. Este caracteristică egofilia (egocentrismul, autofilia), tendința de a fi centrul atenției, de a fi admirați, flatați, aprobați ; mitomani, eroi principali ai unor întîmplări extraordinare sau a unor suferințe supraumane ; hiperimaginativi creează scene pline de ficțiune, strălucitoare, pitorești, pe care le expun cu o con-

vingere cu care se identifică pierzînd simțul limitelor dintre real și imaginar. De aici și denumirea unor tipuri de psihopați *„mincinoși patologici"*, *„pseudologi"* sau *„mitomani"*. Atunci cînd realizează comportamentul mitomanic nu au nici remușcări și nici rușine, și recurg fără nici un fel de reținere la o nouă mitomanie.

Spre a atrage atenția mulți isterici recurg la fel de fel de simulări suicidare, astfel aranjate încît nu numai să atragă atenția, dar să impresioneze, să apară ca victimă inocentă, refuză cu încăpățînare să mănînce, pentru a plăti și spre a acuza o maladie somotică gravă etc.

Dacă nu reușesc să seducă sau să inducă anturajul în sensul dorinței de a atrage atenția, psihopații isterici șicanează din malignitate, devin coleroși și vindicativi.

Istericii percep realiatatea cu o impresionabilitate inedită îndeosebi prin intermediul limbajului, dar într-un mod unilateral — emoțional.

4. *Psihopații paranoici* — se caracterizează prin tendința la idei directoare. Cazurile de paranoia cu delir de gelozie patologică, ipohondriac, cverulent, falși inventatori, falși persecutați — persecutori, se recrutează din rîndul personalităților paranoide.

Trăsăturile caracteriologice ale acestor psihopați favorizează apariția ideilor directoare : egocentrismul, supraestimarea Eului, neîncrederea, suspiciunea, îngustimea intereselor, unilateralitatea gîndirii, încăpățînarea, psihorigiditatea, vindicativitatea, neîncrederea etc., ce duc la permanente conflicte cu cei din jurul lor din rîndul cărora își recoltează dușmanii imaginari.

5. *Psihopații instabili* — se caracterizează prin inconstanța intereselor, atașamentelor, ocupațiilor, înclinațiilor, lipsa inițiativei, a independenței, aspirațiilor și opiniilor pe care le acceptă sau le împrumută de la alții ; sînt influențabili, se lasă ușor conduși, și dacă devin victime ale influențelor nefaste cad ușor pradă alcoolismului, narcomaniilor, alunecă ușor și pot ajunge chiar criminali.

6. *Închiși în sine patologici* (schizoizii) se caracterizează prin lipsa de sociabilitate, sînt puțin altruiști, nu se îndreaptă spre evenimentele din ambiantă, ci către propriul lor Eu, către lumea lor subiectivă. Unii dintre ei sînt vulnerabili, timizi, rezervați, astenici sau psihastenici. Aici trebuie să fim atenți la acei pacienți care au fost schizofrenici și care în stare de remisie se pot prezenta ca un schizoid.

7. *Psihopatiile sexuale,* ocupă în opinia lui Kerbikov un loc special şi deşi admite că orice psihopat poate prezenta un comportament aberant sexual, autorul distinge această grupă pentru următoarele motive : a) perversitatea instinctului sexual este în general relativ izolată şi în afara acestei devieri, pacientul nu prezintă devieri notabile ; b) perversiunile sexuale cer o abordare specială terapeutică, profesoinală, medico-legală, unitară, avînd în vedere că unele dintre ele sînt considerate de autor ca delicte criminale (homosexualitatea, pedofilia, sodomia etc.). În această grupă sînt cuprinse de autor majoritatea comportamentelor aberante sexuale (homosexualitatea masculină şi feminină, sadismul, masochismul, exchibiţionismul, sodomia, bestialitatea, gerontofilia, satiriazisul, nimfomania. erotomania, onanismul etc.).

8. *Caracterul patologic* dezvoltat în condiţii de mediu nefavorabile — „conduce în etapele sale avansate la formarea unei constituţii psihice patologice ale cărei sindroame sînt imposibil de deosebit de o psihopatie congenitală ; diferenţa nu este în tabloul clinic al stării terminale ci în căile de formare a personalităţii psihopatice".

9. *Psihopatiile organice* pe care O. V. Kerbikov le admite şi consideră că de asemenea, sînt greu de deosebit de leziunile organice cerebrale însoţite de o stare cvasipsihopatică.

CLASIFICAREA PSIHOPATIILOR DUPĂ N. PETRILOVITSCH

N. Petrilovitsch descrie următoarele forme clinice ale psihopatiilor :

1. *HIPERTIMICII ŞI EXPANSIVII*

HIPERTIMICII se caracterizează esenţial prin dispoziţie crescută şi tendinţă spre neîncetată acţiune, deşi unii nu prezintă o activitate debordantă şi la fel pot prezenta un impuls spre activitate fără un fond afectiv crescut. Prima categorie — hipertimicul cu afectivitate şi activitate crescute este considerat întotdeauna ca anormal deoarece încurcă lumea cu numeroasele lor acţiuni, în timp ce hipertimicul care prezintă numai o bună dispoziţie este considerat ca un optimist normal.

EXPANSIVUL se caracterizează prin aceia că este mereu în acţiune, bine dispus, care rîde, chiar rîde mult ca urmare a descărcării tensiunii intrapsihice, descărcare care deranjează. Cei ce rîd şi acţionează mereu sînt chinuitori, au o vitalitate spumoasă, dar rarefiată. Expansivul este un senin, dar niciodată un vesel autentic. Există şi aici o polaritate — şi anume varianta pasivă a expansivului, de multe ori mai patologică decît prima variantă. Expansivul este lipsit frecvent de voinţă susţinută, ceea ce-l determină să aibă „multe meserii, niciodată o profesiune". În evoluţia sa ajunge la acoolism secundar, dar grav. Cînd lipsa voinţei (hipobulia sau abulia) este accentuată, expansivul prezintă tulburări de conduită. De multe ori expansivitatea se asociază cu megalomania, optimism necritic, credulitate, încredere naivă ceea ce face din hipertimic un subiect periculos social. Face planuri ireale, cheltuieşte

enorm, face speculații financiare absurde, ruinante, devin vagabonzi, hiperactivitatea apărînd ca o hipercompensare a unei nesiguranțe interioare. Expansivul poate fi un subiect senin și vesel cu sentimentul și senzația de ușurință, de libertate dezmărginită, peste tot vede în ambianță numai prieteni, percepe totul superficial, lumea îi apare în roz, este sinton, în acord cu mediul, este necugetat, nestatornic, impertinent, poate prezenta scurtcircuitări mintale, nerăbdător, respectă greu valorile mediului. Hipertimicul este suportat de societate, expansivul nu este suportat, primul este altuist, al doilea niciodată. Expansivul este tiranic, egoist, impulsiv, necugetat, certăreț, poate dezvolta reacții paranoide, pseudocverulență (deosebindu-se de cverulentul adevărat prin temele puțin numeroase, dacă nu una singură) ; sînt precum copiii care provoacă din pură plăcere suferință altora, fără a fi sadici și nu cunosc valoarea altruistă a binelui și răului. Expansivii și hipertimicii sînt extravaganți, nu au sentimente statornice, profunde ; au gîndire afectivă bogată în asociații, superficiale și cu idei deosebit de mobile.

2. *DEPRESIVII* „sînt oameni care-și însoțesc toate evenimentele vieții cu coloratura afectivă tulbure, foarte apropiată de tristețe și foarte susținută..." (Kraeplin) și care după Petrilovitsch, în majoritatea lor psihopații depresivi nu fac niciodată o „psihoză endogenă". Depresivii au un biotonus scăzut, sînt pesimiști, văd totul în negru, obosesc ușor, sînt adinamici, au un randament scăzut, au preocupări ipohondrice secundare, voință scăzută, instabilitate, fobii, depersonalizare, derealizare, inadecvare între reprezentare și act, se autoobservă dar nu se autoacuză, sînt lucizi, nesiguri, nehotărîți, sfioși, șovăitori, afectiv săraci, terni, lipsiți de culoare, nu gustă plăcerile vieții („Înțeleptul nu rîde decît tremurînd"). Depresii pot prezenta explozii afective violente, dacă însă depresia se combină cu note anankaste, prezintă o mentalitate greoaie, senină (fără sensibilitate), resemnată, nevitală, cenușie. În cazul că este descurajat va deveni nemulțumit, ușor de lezat în amorul propriu, pizmaș, invidios, lipsit de umor.

3. *ASTENICII* au un biotonus scăzut, fie că sunt astenici ai dorinței, astenici anxioși sau astenici simpli. Astenia se manifestă prin epuizare, scăderea randamentului, slăbirea tonusului vital, epuizare nervoasă, descurajare, sentiment de insuficiență, complexe de inferioritate, slăbiciune instabilă, sensibilitate exagerată, labilitate psihică, tulburări subiective de

memorie, insomnie, vertije, tulburări vegetative cu expresie cardio-vasulară, distonii neuro-vegetative, hiperestezie, senzitivo-senzonială, labilități emoționale, stări de înstrăinare, impresionabilitate crescută.

4. *INSTABIL-EMOTIVII și EXPLOZIVII*

În raport de temperament, afectivitatea patologică poate lua, în manifestările sale, două direcții : introversivă și extraversivă. În raport de reactivitatea ideo-efectivă la acțiunile lumii înconjurătoare se poate pierde echilibrul afectivității iar individul se va manifesta fie sub forma unei activități exagerate intrapsihice (instabil-emotivul) sau se descarcă în afară (explozivul).

A. *EXPLOZIVUL* este irascibil, furios, arțăgos, violent, comportament inegal, necalculat, ușor inflamabil, abrupt, discontinuu, stări de furie oarbă, vehemență sau pocăință, scandaluri și bătăi sîngeroase ce alternează cu perioade de gingășie și calm false. Explozivul este un afectiv și sentimental, este omul Sinelui, al infrastructurii, al bazei endotimice, de aceea este nechibzuit, lipsit de capacitatea de a judeca la „rece", este un ins irațional, cu frecvente conflicte conjugale, nu-și poate înfrâna emoțiile, de multe ori săraci cu duhul. Explozivitatea crește odată cu vîrsta, fac crize mari de afect, la pubertate și climax ajung la beție, scandaluri, suicid, violenți. Au reacții primitive, arhaice, pot declanșa prelucrări paranoide secundare sau frustrări emotiv-afective. Explozivul alcoolic poate prezenta manifestări de grandomanie (scena din Revizorul de Gogol). Unii explozivi sînt cverulenți, cu ieșiri violente. S-a discutat mult relația dintre exploziv și epilepsie și îndeosebi cu psihopatia epileptică, găsinduse mulți explozivi și instabili — emotiv în familiile epilepticilor. S-au găsit în familiile explozivilor demodulări eeg și de aceea la orice exploziv apare necesară efectuarea electroencefalogramei pentru a înlătura suspiciunea unei epilepsii manifestate sau latente.

B. *INTSABILUL-EMOTIV* este un subiect cu reactivitate labilă, foarte apropiat de psihopații astenici, nesiguri, depresivi. Instabilul-emotiv își face probleme mari în orice împrejurare, oricît de mică, oscilează între veselie, seninătate, certitudine, distimie, nesiguranță, lipsă de voință ; ușor influențabili, nu știe și nu poate să fie independent, ruminează obsesiv asupra micimii sale, sînt predispuși la fobii, au o predilecție deose-

bită de a nu avea o dispoziție de bază ci una în permanentă schimbare în funcție de orice eveniment de mediu ; are un deranj al sentimentului Eului, ceea ce îl apropie de psihopații nesiguri. În cazul că apar fobiile acestea răsar pe terenul psihastenic — instabil-emotiv-nesigur. Psihopatul instabil-emotiv care prezintă recativitate afectivă extrem de crescută se apropie de exploziv. Psihopatul emotiv-instabil reacționează însă nu ca explozivul imediat ci după principiul „paharul plin care apoi revarsă", deci după acumularea tuturor reacțiilor mici din cursul zilei. Instabilul-emotiv este ca atare diferențiat, suplu, adaptabil, grijuliu, agil, deschis, sincer și cu „sensibilitate de seismograf" comparativ cu explozivul care este primitiv, dur, butucănos, nemaleabil, explozivii fiind în majoritate femei. Instabilul-emotiv este leptosom, atletic, în timp ce explozivul este atletic sau displastic.

5. *PSIHOPATUL TIMID*

„Timidul trăiește în mijlocul unei „minciuni vitale" care-l face să se supraaprecieze intern și să încerce numeroase eșecuri externe". Timizii sînt oameni puțin puternici dar foarte orgolioși și de aici „o mutare a accentului psihopatologic de pe conștiința puterii de sine pe conștiința valorii de sine. O valoare care călătorește în gol, deoarece nu are sprijinul puterii. Iată definiția timidului — conchide N. Petrilovitsch — dizarmonia conștiinței Eului la timid duce la introspecție, dificultăți de adapatare din cauza neîncrederii în ordinea ierarhică respectivă, cu cît este mai nesigur în exterior cu atît este mai sigur în interior de propria valoare și de aici sentimentul că este desconsiderat în anumite medii. Mulți timizi își cultivă sfiiciunea și pudoarea pentru a demonstra ostentativ cît sînt de neînțeleși de cei din jur.

Există un *timid depresiv* predispus la autoflagelare, găsindu-se vinovat oricînd și pentru orice, au viața psihică deosebit de bogată, reține și prelucrează orice stare afectivă, își fac crize de conștiință și probleme de înaltă morală pentru orice nimic, poate face scandaluri care-i vor funrniza remușcările și crizele de conștiință frecvente la sfioși.

Când conștiința Eului este orientată în afară avem în fața noastră un *senzitiv megaloman* (chiar dacă orice timid este virtual un megaloman) care ajunge la situații tragice în viață din cauza discrepanței dintre conștiința valorii proprii și randamentul său nul.

Timidul depresiv nu ajunge în conflict cu lumea deoarece drama sa se consumă în interior, în timp ce la megaloman conflictul cu lumea este permanent, el avînd convingerea că nu este înțeles de lume. La acești orgolioși nefericiți, conflictele vin din dezacordul puternic dintre conștiința valorii de sine și dorința de afirmare, de unde reacțiile stenice care apar cu o revanșă a lipsei randamentului. Rezultă deci că *senzitivul* este predispus spre comportamente paranoide care se explică pri *„proiecția senzitivă"* ce constă în acea tensiune afectivă care atingînd un anumit nivel, timidul va considera că toți cei din jur văd conflictele sale interioare, că-i cunosc slăbiciunile și de aici eșafodajul *ideilor de relație senzitivă.* Se menționează însă de către N. Petrilovtsch că ideile senzitive de relație apar, nu numai la psihopații timizi ci și la astenici, depresivi-instabili-emotivi, fanatici, anankasti și explozivi, de unde concluzia că această modalitate de reacție este un fenomen legat nu numai de particularitățile personalității ci și de mediu. Frecvent ideile de relație senzitive apar la fetele bătrîne, la cei cu infirmități sau diformități fizice așa cum arată Kretchmer, iar Petrilovitsch preciza că aceste idei apar la orice tip temperamental și îndeosebi atunci cînd adaptarea este dificilă și cînd factorii minori au o acțiune de lungă durată și cu efecte dominan-tiranice.

6. *MEGALOMANUL ISTEROID*

Dorința de a se impune și de a i se recunoaște un rol, statut și un prestigiu social este prezentă la fiece om normal, însă în cazul psihopatiei, în acest domeniu, dispare simțul proporțiilor (vorbind în general), ceea ce nu este cazul abulicului, disforicului primitiv, explozivului care sînt puțin preocupați de prestigiul lor social. Expansiv-hipertimicul are și el tendința spre recunoaștere a prestigiului său social, dar această tendință are aspect vital, de afirame vitală, este o tendință naivă și nestructurată. Timizii au dorința de afirmare dar la ei aceasta apare doar ca o compensare a ratării lor sociale. Dorința de afirmare, după N. Petrilovitsch, devine patologică atunci cînd depreciază activitatea individului și cînd devine un scop în sine.

Pe de altă parte megalomanul care ține morțiș să joace un rol important este foarte apropiat și se poate confunda cu caracterul isteric. Blazatul veritabil consideră că nimic nu are valoare, nu-l interesează nimic și este golit de orice sens axio-

logic ; există însă un blazat megaloman la care totul este poză, pentru că aşa doreşte el. Această diferenţă dintre blazatul veritabil şi blazatul megaloman demonstrează că „în domeniul mintal modificările cantitative devin rapid calitative". Blazatul megaloman se apropie foarte mult de isterie ca şi de snobul zilelor noastre, ceea ce nu este propriu blazatului autentic care este un depresiv. Megalomanul nu ezită să epateze : glorie, admiraţie, dar şi scârbă şi dispreţ, „pentru că există şi o megalomanie isteroidică care caută excepţionalul chiar dacă el este bun şi glorios dar şi abject. Pe de altă parte în raport de epoca istorică oricine poate reacţiona isteric consideră N. Petrilovitsch. Organizarea caracterială a megalomanului este o „structură lipsită de struscutură" (Wellek) şi care corespunde caracterului isteric. Megalomanul prezintă fluiditatea afectelor, inconsistenţă a reacţiilor încît adoptă „orice manieră de a fi social fără a adera la ea", inconstanţă, reverie exagerată, iritabilitate, influenţabilitate, egoism, dorinţa de a fi bolnav, tulburări de conduită, psihoplasticitate, teribilă capacitate de metamorfozare, megalomanul isteroid fiind la polul opus al anankastului. În plus isteroidul prezintă instabilitate, capriciozitate, inconstanţă comportamentală, afecte entuziaste alături de răceală afectivă, salturi afective imprevizibile, superficiale, polare, toate superficiale, ceea ce l-a determinat pe Jaensch să afirme că „istericul are 1000 de simţăminte, dar nici un sentiment". Istericul aparent se intersectează cu orice dar nepătrunzînd în profunzime nu se interesează de nimic iar datorită superficialităţii şi lipsei de voinţă nu-l interesează nimic. Voinţa istericului este ca un foc de paie, pistol-jucărie, fără efect real ; actele sale sunt un scop în sine fals, neautentic, superficial. Şarlatanul pasionat este un isteric ce poate fi şi criminal, dar crima comisă nu este luată în serios. Istericul nu ştie să selecteze vital propriile sentimente, nu se poate detaşa de evenimentul cotidian şi de dorinţele sale. Gîndirea sa este spumoasă, superficială, gradilocvenţă în expunere, iar dacă este inteligent exprimarea sa este aforistică, de aceea istericul poate fi un bun causeur. Cunoscînd valoarea magică a cuvintelor istericul induce în eroare cu vorbe goale, formalul precumpăneşte asupra fondului. Istericul acordă importanţă lui *cum* spune şi nu *ce* spune şi aici se reflectă dorinţa de bravură, de a străluci şi face impresie.

Spunând ceva şi preocupat ca acest ceva să fie frumos şi să aibă efect, istericul se află aproape de pseudolog şi de

fapt el este deja în anticamera pseudologiei. Formulările sale verbale frumoase conţin foarte puţin adevăr şi paradoxal de aici şi acţiunea sugestivă asupra celor ce-l ascultă. Istericul apare deci ca o „faţadă bine lustruită dar lipsită de conţinut". Prezentînd o inconştienţă şi superficialitate afectivă relaţiile istericului sînt numeroase, întinse, instabile, facile, superficiale pentru că *nu aderă* efectiv la niciuna. Datorită acestei psihoplasticităţi trăieşte totul la unison, în mod egal, în orice situaţie şi cu orice partener şi pentru scurt timp şi oricît de bogate i-ar fi relaţiile nu au nici o valoare, şi fiind lipsite de „sens istoric" nu trăieşte în actualitatea faptelor ci în fantezia lor lipsită de realitate. Istericul este la el „acasă" în cele mai eterogene medii sociale efect al psihoplasticităţii şi nestatorniciei sale teribile, de aici şi lipsa autenticităţii în comunicare, a lipsei de simpatie interumană, a unui scop bine stabilit şi profund. Spiritul de libertate falsă pe care-l are îl duce la situaţia tragică de a fi dezmărginit de liber, ca un ins pe o ambarcaţiune pe marea în furtună şi fără posibilitate de ancorare, nici în porturile sale interioare, dar nici pe tărîmul relaţiilor sale interindividuale, şi nici măcar „în trecutul sentimentelor sale". Îmbrăcămintea sa vie şi multicoloră ca şi ţipetele expresivităţii sale orale sînt mărturia goliciunii, a vidului său interior, labilitatea generală a structurii personalităţii isterice se află indisociabil în relaţie cu imaturitatea ideoafectivă şi a conştiinţei de sine şi de altul, ceea ce a determinat pe unii să vorbească de „timopaţi megalomani". Istericul este mitoman, şarlatan, excroc, este lipsit de un interior bine mobilat. Expresivitatea externă este cea a falselor sentimente.

Petrilovitsch distinge două variante ale psihopatului istoid. Prima este cea a exaltatului — impulsiv şi instabil, pornit pe tot felul de activităţi, dezordonate. A doua variantă este cea a blazatului cu acţiuni reduse, leneş, fără iniţiativă, făcînd poză de blazare. Prima variantă este stenică, a doua — obosită.

7. *PSIHOPATUL ABULIC* este sinonim cu nestatornicul lui E. Kraepelin. Abulicul „este tipul omului determinat în mod exagerat de circumstanţele mediului exterior". „Abulicul nu ajunge la un conflict creator în raport cu mediul, *el suferă pasiv, îndură şi se supune în faţa oricărei voinţe străine* (subl. n. M. S.), el nu are spirit de opoziţie, este la cheremul tuturor ; rar abulicul explodează în exterior şi dominator prin reacţii de scurt-circuit mintal, dar ca un foc de paie recăzînd în plasa psihoplasticităţii voinţelor exterioare, mai tari decât

voința sa. Abulicul este incapabil de acțiuni cu un scop, deoarece abulicul este lipsit atît de *voința interioară* care nu-i permite să gîndească și să consolideze opinii proprii, el fiind lipsit și de *voința exterioară* care să-i asigure un randament susținut. Aici este diferența de nestatornic caracterizat prin lipsa energiei în urmărirea unui scop pe care l-a avut. De aceea abulicul nu este în mod primar un nestatornic. Nestatornicul își jalonează un scop, abulicul fiind lipsit și de voința exterioară și de cea interioară, nu-și poate jalona un drum de urmat. Abulicul poate fi ușor abătut din drumul său dacă a îndrăznit să-și schițeze un itinerar cu scop, deoarece nu poate opune rezistență nici factorilor de mediu și nici indivizilor cu voință puternică și nici virărilor sale afective bruște și imprevizibile. Abulicul este o fire pasivă care trebuie împinsă spre acțiune, deoarece este delăsător, nu are poftă de lucru, este indiferent, dezinteresat, nu-i pasă de laudă. nici de pedeapsă. Este lipsit de originalitate, e tipul mediocrului, plictisitor, supus și nebăgat în seamă, intră în conflict atunci cînd nu realizează nici minimumul din ceea ce i se cere ; este lipsit de inițiativă, comod pînă la lene, este o problemă pentru familie ; tendința sa de a aranja totul la modul cel mai comod îl duce la delicvență, furt, înșelăciune, fraudă, mitomanie, excrocherie, spărgători, hoți.

Este o corelație între abulic și depresivul astenic care este nesigur ,timid, descurajat de viață, resemnat, emotiv, disforic ; uneori în locul disforiei poate să apară sensibilitatea și vulnerabilitatea, iar resemnarea să fie înlocuită cu resentimentul. Abulia se asociază frecvent cu dispoziție indiferentă : „îmi este tot una".

Există după N. Petrilovitsch mai multe *tipuri de abulici* : indiferenți, infantili, egoiști, (incapabili de jertfă), feminini, disforici anxios-șovăitori, (cel ce ratează uneori, abulicul lipsit de bun simț critic și de inteligență etc.).

Rar abulicul coexistă cu un hipertimic ; în acest caz este vorba de *abulicul activ* — construcție pleonastică ce desemnează pe acel subiect cu vitalitate debordantă care nu poate fi ajutată de o voință puternică și disciplinată. Acest tip începe o acțiune și tot atunci o lasă la jumătatea drumului „forța voinței fiind lipsită de direcționare și scop. Demararea voinței poate fi bună dar lipsește perseverența. Hipertimicul pasiv, răbdător și liniștit are unele corelații cu ablulicul.

Criminalii abulici sînt de cele mai multe ori inferiori intelectual. Dacă nu oligofreni. Abulia este mai frecventă la

tineri şi în special la adolscenţii fantaşti, închişi în reverie, „visători idealişti". Abulicul prezintă un accentuat dezinteres fiind prezent în mai multe forme clinice de psihopatie.

8. *FANATICII ŞI PARANOICII.* Similitudinea între fanatic şi paranoic este atît de mare încît, după opinia lui Petrilovitsch nu pot fi trataţi decît împreună, ei fiind caracterizaţi prin perseverenţa convingerilor, rigiditate nestrămutată după care opiniile proprii sînt adevăruri absolute, nu au simţul multicondiţionării realităţii, nu înţeleg nici un factor ocazional şi real pentru că subsumează realitatea principiilor lor rigide şi imuabile — scrie N. Petrilovitsch. Paranoicul ia din realitate ceea ce convine convingerilor sale, iar existenţa lor este dominată de a pune realitatea în slujba convingerilor lor prevalente. Cîmpul lor vizual este îngust, şi văzînd în realitate doar ceea ce le convine. Opiniile altora îl interesează în măsura în care corespund convingerilor sale, fapt pentru care le lipseşte libertatea interioară de a alege şi opta critic şi realist asupra existenţei. Paranoicul nu cunoaşte modularea pe care o oferă compromisurile, el fiind adeptul rigid al propriilor convingeri. Duşman al compromisurilor nu lasă loc pentru jocul liber al motivaţiilor umane. Paranoicul acordă atenţie prioritară anumitor conţinuturi de conştiinţă, căroa le subordonează toate acţiunile ; ei sînt meschini, unilaterali, rigizi, statici datorită ideilor prevalente, se centrează pe un singur scop, cu energie formidabilă — caricatură contorsionată a omului energic şi încăpăţînat ; îşi cultivă unilateralitatea fanatică, urmăreşte cu îndărătnicie realizarea ideii prevalente, este suspicios, în orice nereuşită vede o rea voinţă din partea altora ; însinguraea şi izolarea îl privează să cunoască oamenii şi să nu poată fi în consens cu semenii ; este orgolios, absolutizează propriile opinii în scopul compensării falimentului interior, incapabili de concesie, lipsit de unor, intorelat, cu seriozitate animalică, dar cu sensibilitate mimozică, nu ştie buna cuviinţă, se supraevaluează, rigid şi sclerozat afectiv.

Au relaţii cu psihastenicul-senzitiv cînd iau atitudine de atac pentru orice eveniment din jur şi atunci sînt senzitivi, scrupuloşi, suspicioşi, au trăsături anankaste, predispuşi la autocritică, spre deosebire de impulsivi gîndesc dacă prin opinia lor n-au dat loc la opinii negative.

Există o variantă schizoidă a paranoicului şi care se manifestă prin : rigiditate, bizarerie, manierisme, pedanterie, disforie, indispoziţie, încăpăţînare, slăbiciune vitală, lipsă de corespondent în realitate a ideilor, absurditate, idealist străin de

lume, reformator, apostol al păcii, combativ pînă la a deranja viața socială, egoist, plin de resentimente, autist, zgîrcit : acest tip se poate situa la polul inferior al schizoidiei ; diagnosticul diferențial cu stările reziduale schizofrene este greu de realizat.

Cverulentul, certăreț, iubitor de scandal, plin de viață, este bine dispus, activ, plin de dinamism social, iubitor de viață, poate fi asimilat polului hipomaniac — hipertimic. Cverulentul are energie debordantă, ține discursuri, scrie reclamații contra inamicilor pe care dacă nu-i are îi inventează sau le exagerează importanța ; are o rază mare de acțiune, cu o mare varietate de teme și de aceea prezintă un pericol social mai mare decît paranoicul schizoid. Cverulentul obișnuit este picnic, hipertimic, hipmaniacal, bufeurile verbale sau petiționale țin nu de oscilațiile mediului social ci de oscilațiile sale afective interioare. Rar cverulentul este atletic, dar niciodată leptosom.

Există o variantă de cverulent inofensiv care din oportunitate revocă ceea ce a afirmat, pentru ca s-o reia de la capăt și nu sînt lipsiți de o notă demonstrativă. Cverulentul megaloman are un puternic sentiment de proprietate, dar nu atît de autentic ca a megalomanului isteroid.

9. *PSIHOPATUL ANANKAST*

K. Schneider consideră că anankastul aparține unei subgrupe a nesigurului. N. Petrilovitsch consideră că nesiguranța apare și la obsesivi și la instabilul-emotiv ca și la depresiv. Caracteristici comune apar la tipul contemplativ, depresiv, timid și astenic. „Caracteristicul se naște din accentuarea unei trăsături dintre multe altele". Și anankastul este nesigur pe sine, dar nesiguranța sa nu este cauza caracteristicilor personale, ci rezultatul suspiciunii și scrupulozității sale. „Anankastul nu face față niciodată mulțimii cerințelor conștinței sale morbide. El trăiește sub imperiul obligațiilor și datoriilor, care sînt exagerate de conștiința sa morală mereu trează, prea trează pentru că... anankastul este lipsit de un „fundal pașnic". El are o conștiință morală rigidă, care prin scrupulozitate se accentuează la maxim".

Anankastul este chinuit de ultraconștiinciozitatea sa iar exteriorizările sale își pierd spontaneitatea. La omul normal există un optimum funcțional cu privire la siguranța privind propria persoană fizică și psihică care vine din adîncimile structurilor inconștiente inițiale, primare, Anankastul prezintă

o scădere a pragului pentru problematic și de aici pătrunderea printr-o facilă efracție a unor fleacuri problematice care-i asaltează și-i domină conștiința, forul său interior al conștiinței morale, ajunge în centrul conștiinței pe care o domină forțînd-o să analizeze orice act spontan. De aici apare lipsa de încredere în propria efectivitate, și-a pierdut spontaneitatea inițială și ridică un sistem dur de bariere din nesiguranță și de frîne asupra cărora cenzura critică devine inoperantă, chinuitoare, oscilantă, conștiința morală hiperexigentă și subminată de neîncredere, devine din ce în ce mai neînduplecată, esențialmente aproape inumană.

Anankastul este endogen un inistinctual nesigur sau cu instincte sărace. Conștiința morală ridicată la nivel de instanță superioară, forțează retențiile intrapsihice ale trăirilor afective, care orientează spre interior atenția, de unde distractibilitatea atenției spre lumea exterioară, ceea ce duce la scăderea capacității contactului cu lumea exterioară și de aici introversiunea evidențiată la anankaști. Anankastul are relații sociale profunde, îi repungă superficialitatea și de aceea contractează cu greutate prietenii noi. Rigiditatea anankastului vine din concentrarea și adâncirea lor și din durata exagerată a trăirilor sale afective în general.

Există o variantă de psihopați anankaști teribil de egoiști, datorită spiritului lor de corectitudine și dreptate care ajung să terorizeze anturajul. Dispoziția anankastului este nefericită, disforică, eul lor pierde plasticitatea și stabilitatea, deoarece în absența spiritului critic pierd umorul.

Are conștiința ridicată a propriului Eu, dar este formală ; este un fanatic al adevărului, pînă la absurditatea datoriei împlinite cu precizie de milimetru pentru acțiuni neimportante. Conștiința propriei valori și puteri este scăzută ceea ce-i face anxioși, descurajați, labili, sfioși și lipsiți de spontaneitate.

Pe acest teren caracteriologic apar obsesiile cînd nu-și poate refula conținuturile de conștiință. Impulsurile agresive nu sînt rare la anankast ; chiar atunci cînd stă calm de vorbă cu oamenii îi înjură în gînd. Din obsesii sînt generate fenomene de culpă, mai ales cînd obsesiile sînt obscene, agresive și care vin în contradicțiile cu scrupulozitatea lor. O simplă senzație poate genera o obsesie. Nu rare la psihopații anankaști sînt obsesiile impulsive. Anankastul prezintă pe lîngă scrupulozitate, pedanterie, precizie, vulnerabilitate marcată.

Reprezentările obsesive sînt precedate de o dispoziție depresiv-anxioasă lipsită de conținut și care găsește teren pen-

tru tema obsesivă. Studiul premergător instalării obsesiei dezvoltă la obsesiv o stare de tensionare ciudată, intrapsihică, rece, indispusă, un „psihism deranjant". Dispoziţiile anxios-obsesivă, surprinde, pune stăpînire şi copleşeşte fără să se mai poată debarasa de ea. Tensiunea este trăită ca străină de Eu şi nu ca în schizofrenie unde obsesia aparţine Eului. Obsesivul are totdeauna sentimentul neterminatului, a incompletitudinii. Începutul oricărei acţiuni este trăit sub forma unei tensiuni premergătoare, anticipative, şi încercînd să lupte şi să lichideze această tensiune începe o altă acţiune, ceea ce creşte şi mai mult şi intensifică stare de tensiune intrapsihică pînă se umple paharul cu acţiuni neterminate care duce în unele cazuri la explozivitate de tipul scurt-circuitului cu dinamitarea reacţiilor sociale şi la impulsiune obsesivă cu cît retenţia conflictuală afectivă este mai intensă, mai dominantă şi mai tiranizantă. În aceste condiţii apare *maladia obsesivă.* Unii dintre aceşti bolnavi pot apare ca schizofreni şi de aici unii au afirmat că obsesia ar fi un fel de schizofrenie larvată şi că obsesiile ar fi simptome schizofrene accesorii.

CLASIFICAREA PSIHOPATIILOR DUPĂ P. BRÂNZEI

Aşa cum subliniază P. Brânzei, în cadrul psihopatiei putem vorbi de un sindrom predominant şi, în funcţie de acest sindrom, clasifică psihopatiile după cum urmează :

1. *Sindromul isteropatic,* care corespunde : psihopatiei isterice, psihopatiei istero-impulsive, psihopaţilor excitabili, explozivi, iritabili, emotivi, din clasificările enumerate la capitolul formelor clinice ale psihopatiilor aşa cum au fost formulate de diverşi psihiatri.

Noi am mai avut ocazia să discutăm problema relaţiilor dintre psihopatie şi isterie în cadrul unui capitol de mai sus, şi arătam acolo că P. Brânzei consideră isteria ca o psihopatie. Sindromul isteropatic se caracterizează predominant prin : „psihoplasticitate morbidă, sugestibilitate crescută, mitomanie, simulaţie, vagabondaj, egofilie, perversiuni instinctiv-emoţionale, malignitate, facilitate versatilă adaptativă, transformînd realitatea în cadrul mitomaniei atît de caracteristice, coeficient remanent infantil.

Isteropaţii se transformă în poziţie de erou negativ sau pozitiv, după împrejurare. Însă din momentul cînd se întoarce în lumea sa devine erou pozitiv pentru diavoli şi negativ pentru sfinţi, dezlănţuindu-şi pornirile sale instincuale".

2. *Sindromul ciclopatic* sau ciclopatia, corespunde psihopatiilor cicloide, psihopaţilor hipertimici, depresivi, neliniştiţi, expansivi, labili emoţional etc. şi se caracterizează prin : oscilaţii afective pe fondul unor dezinhibări maligne-instinctiv-emoţionale ; explozivităţi ; toxicomanie ; furturi ; înşelăciune ; violuri ; impulsivităţi sexuale ; tentative suicidare ; omucideri.

3. *Sindromul schizopatic sau schizopatia* corespunde psihopatiei schizoide, heboizilor (spre deosebire de schizofrenii hebeno-catatonici), psihopatilor rezervaţi, autişti, închişi în sine patologic etc. şi se caracterizează prin : izolare faţă de

mediu şi societate ; stranietate ; răceală afectiv-emoţională ; dromomanie ; răutate cu tendinţe distructive realizate „la rece".

4. *Sindromul epileptopatic sau psihopatia epileptoidă.* Realizează caracterul epileptic fără epilepsie, cu trăsăturile generale ale psihopatiei şi se caracterizează prin : viscozitate ideatorie, bradipsihie, perverenţă ideo-afectivă, răzbunare, mitomanie.

După părerea lui P. Brânzei, sindromul epileptopatic ar intra mai curînd în cadrul bolii epileptice, la capitolul cu tulburări psihice interparoxistice de tip psihopatic.

5. *Sindromul paranoiacopatic* corespunde psihopaţilor cverulenţi, certăreţi, procesivi, persecutat-persecutori, paranoizi, însetaţi de dreptate etc., şi se caracterizează în mod esenţial prin : „egofilie ambiţioasă interpretativă, dar fără delir de interpretare, ceea ce-i transformă în persecutat-persecutori ; atitudine şi activitate pasională ; calomnii ; acte procesive ; disimulare ; gelozie morbidă ; falsuri ; spre deosebire de bolnavii de paranoia, se reţin de a acţiona deschis din teama de sancţiune, instinctul de libertate fiind şi la aceşti bolnavi, la fel ca şi la ceilalţi psihopaţi, dezinhibat".

6. *Sindromul oligofrenopatic.* „Un psihopat nu este numai un individ imoral şi un oligo-afectiv, dar el poate fi în acelaşi timp şi un defectiv intelectual de limită superioară, dovada cea mai bună constituind-o în asemenea situaţii rigiditatea stereotipurilor în cazul infractorilor, ceea ce face ca organele de cercetare penală să poată identifica „mîna" unuia sau altuia din infractorii psihopaţi.

Pe de altă parte, cunoaşterea acestui sindrom este justificată şi de necesitatea stabilirii unei eventuale inducţii sociale negative".

CLASIFICAREA PSIHOPATIILOR DUPA V. PREDESCU, ȘT. MILEA, I. VIANU

V. Predescu și colaboratorii descriu următoarele forme clinice de psihopatie :

I. *PSIHOPATIILE :*

1. *Psihopatii excitabile (explozive) și dezvoltările dizarmonice de tip excitabil*

Acest tip se manifestă precoce, încă din copilărie și se caracterizează prin dificultăți de adaptare familială și instructiv-educativă, sînt coleroși, agresivi, neastîmpărați, obraznici, capricioși, reacții de mînie la contraziceri minore, țipă, lovesc orbește, maligni, sparg lucrurile (reacții clastice), amenință cu moartea, violenți, reacții afective critice (scurtcircuituri mintale), agresivitate, trăsături imorale particulare criminalului, reacțiile explozive dominante în comportament, remanența stărilor de tensiune după descărcarea explozivă, ostilități, absența sentimentului de vinovăție, dispoziție ostilă, ranchiună, răzbunare, înclinații și instincte patologice, rigiditate, caracter stenic, egoism, egocentrism, dorința de a se evidenția.

Explozivul se aseamănă cu epileptoidul, cu care poate fi asimilat doar pe baza studiilor genetice ; se consideră că la exploziv ar fi prezentă o „epilepsie larvată", însă în cazul personalităților explozive, deși înregistrează trasee disritmice, totuși aceștia nu prezintă trăsăturile particulare epilepticilor, așa cum ar fi adezivitatea, perseverența, bradipsihia, vîscozitatea, politețea excesivă. Autorii nu exclud că : „chiar în lipsa unei identități clinice există elemente patogene comune între epilepsie și unele variante extreme ale psihopatiei explozive cu aspect epileptoid".

2. *Psihopații instabili — dezvoltările psihopatice de tip instabil*

Instabilitatea este expresia imaturității psihice superioare volitive (Kraepelin) și se caracterizează prin incapacitatea de amînare a dorințelor, intențiilor, intereselor, toate mereu mutabile, în permanentă mișcare, atenție spontană vie, curiozitate crescută, interes crescut pentru ce se petrece în ambianță, imaginație bogată, inițiativă crescută, impresie de vioiciune psihică, instabilitate, schimbare rapidă a activităților și preocupărilor, inconstanță, plictiseală, tendință de satisfacere imediată a dorințelor, superficialitate, cunoștințe școlare inegale, scăderea sentimentului de responsabilitate, de răspundere și al datoriei, dezordine acțională, indiscipilină, impulsivitate verbală, gălăgie, vorbăreți neîntrebați, turbulenți pentru cei din preajmă, sociabili, prietenoși dar instabili afectiv-emoțional, emoții vii doar pasagere, mutabilitate afectivă rapidă, dorință de satisfacții rapide și facile, de mobilizare în fața insuccesolor, curiozitate maladivă, sinotonie facilă cu microgrupurile negative, tendință la hoinăreală, furt, minciună, precipitare în realizarea deciziilor, scăderea nivelului reflexiv, instabilitate, egoism, tendințe istrionice, capriciozitate, încăpățînare, fantezie bogată, irascibilitate, mînie, grosolănie, explozivitate, demonstrativitate, tendința de a trăi prezentul, insuficiență volitivă marcată, labilitate emoțională, timie depresivă, nemulțumire, conduite aberante, chiar antisociale, fugi patologice, beții, toxicomanii, delapidări, vagabondaj, prostituție, incendieri. Nu se va confunda instabilul cu ciclotimul, la primul oscilațiile timice apar „categoric negativ", în timp ce la ciclotim decompensarea este „endogenă".

3. *Psihopații astenici — dezvoltările psihopatice de tip astenic*

Psihopatul astenic se raportează, spun autorii, la acele cazuri de „slăbiciuni iritative ale sistemului nervos și a psihicului" (excitabilitate + epuizare) care se află pe primul plan nu ca fenomenologie căpătată, ci ca una înnăscută și constantă" (apud : P. B. Ganușkin).

La copiii astenici constituționali se aseamănă ca simptomatologie cu cei ce prezintă dezvoltări psihopatice instabile și se caracterizează prin unele trăsături particulare : sînt timizi, își subapreciază forțele, evită jocurile zgomotoase, neîndemînatici, nehotărîți, stîngaci, mimică hipomobilă, hipoex-

presivă, vorbărie monotonă, stare afectivă dominant negativă, labilitate emoțională negativă labilă, hipersensibilitate, hiperimpresionabilitate, epuizare rapidă la eforturi mici, hiperestezie senzitivă-senzorială, ușor inhibabili la excitanți puternici sau mici afectivi, randament școlar scăzut, timizi, retrași, lași, nehotăriți, instabili, plîngăreți.

Lozinca psihopatului astenic este „nu pot" (Kahn), hipergici, realizează ceva cu mare cheltuială de energie, fatigabilitate reactivă, devine susceptibil emoțional, vulnerabilitate predominant afectivă, hiperestezie senzitivă și senzorială la excitanți puternici, instabilitate, irascibilitate, introspecție patologică asupra propriului corp, de unde tendința la dezvoltări senzitive sau ipohondrice, hipoergie sexuală prin nesiguranță. Astenia acestui tip psihopatic este ondulată cu faze de performanțe superioare și altele de abulie, episoade depresive, deși unii sînt negativi după cum sînt și depresivi activi. Astenicul are unele trăsături ce-l apropie de psihopatul psihastenic prin astenie dar nu prezintă fenomenele de depersonalizare (în opinia autorilor).

V. Predescu și colaboratorii încadrează *autistul sau închisul în sine patologic* în grupa psihopatiilor astenice, deși majoritatea autorilor clasici și moderni sînt pentru încadrarea autiștilor în grupa psihopatiilor schizoide ; acest din urmă punct de vedere îl împărtășim și noi.

Deosebirea psihopatului astenic se realizează în primul rînd de neurastenie, în care elementul dominant în declanșarea sa este prezența factorului reactiv, psihotraumatizant. Pe de altă parte, psihopatul astenic se va deosebi de decompensările neurotiforme (neurastenice, cenestopate, ipohondiace), depresiv-anxioase. În același timp, varianta autistă a psihopatului astenic se va deosebi de debutul nevrotiform (pseudoautist) al schizofreniei.

4. *Psihopații psihastenici și dezvoltările psihopatice-psihastenice*

Psihopații și dezvoltările psihopatice psihoastenice se caracterizează esențial prin „pierderea simțului realului" (P. Janet), „adică o incapacitate de a cuprinde realitatea în totalitatea ei, în toate implicațiile obiective pe care le comportă" ce are drept cauză „scăderea tensiunii psihologice", cu instalarea unor fenomene de tip automatic ca obsesiile, fobiile, trăirile de tipul depersonalizării, cu trăirile unui *ce* straniu, îndepărtat, neobișnuit.

Psihopații psihastenici, încă din copilărie, manifestă trăsăturile psihastenice (radicalii lui Binder), particularizate prin: impresionabilitate, neliniște, nesiguranță, anxietate, nozofobie, note ipohondriace, intelect „de nivel supramediu", tendință la controale repetate ale acțiunilor întreprinse, neîncrederea în sine, nesiguranță. Binder descrie că trăsătura esențială a psihoastenicului „este dispoziția obsesiv-anxioasă lipsită de conținut", obsesii și fobii, sentiment de jenă, de disconfort. La cele de mai sus se adaugă „izolarea existențială" (Straus).

Caracterul psihastenicului, după V. Predescu și colaboratorii, constă în : anxietate cronică, neîncredere în propria puritate morală, în propria afectivitate, se suspectează de încălcarea normelor morale, sociale, este scrupulos, deliberează cu dificultate, sînt meticuloși, pedanți, trăiesc stări conflictuale intrapsihice morale, dezvoltînd idei delirante senzitive de relație, pot dezvolta reactiv psihoze ipohondrice ; ca și astenicii se îndoiesc asupra eficienței lor intelectuale, fizice și afectiv-morale, poate prezenta reactiv stări depresive, sau nevrotice obsesivo-fobice, fenomenele de depersonalizare derealizare, se vor deosebi de debutul obsesivo-fobic al schizofreniei. K. Schneider consideră că psihastenicii (anankaștii), spre deosebire de schizofreni, simt nevoia de ajutor. După opinia lui V. Predescu și colaboratorii, analogiile dintre structura autistă, astenică și psihastenică crează dificultăți de diagnostic, dar „Ceea ce rămîne cu certitudine este mixtura de simptome astenice și psihastenice cuprinsă în conceptul de psihopatie schizoidă, autistă (închișii în sine patologic). În legătură cu aceasta, deși nu negăm dificultățile semnalate, noi considerăm, pe baza experienței clinice personale, corelată cu studiile privind relațiile dintre personalitățile astenice, psihastenice, schizoide și schizofrenie, că desprinderea psihopatiei schizoide ca entitate separată în cadrul psihopatiilor, este pe deplin justificată de realitatea sa clinică. *Notăm că mai ales personalitatea schizoitipală descrisă de americani este cu mult mai aproape de schizofrenie, decît personalitatea schizoidă*". (subl. ns. — M.Ș.).

5. *Psihopații isterici și dezvoltările psihice psihopatice de tip isteric*

Copilul cu simptome psihopatice isterice se caracterizează esențial prin dizarmonia personalității și, îndeosebi, prin imaturitate afectiv-comportamentală (G. E. Suhareva), care este

mai frecventă la fete decît la băieți și apare bine exprimată la pubertate. Încă de mici, psihopații isterici sînt dificili comportamental, capricioși, egoiști, avizi de laudă, sugestibili, prezintă crize de agitație psihomotorie dacă nu li se realizează dorințele sau aspirațiile ; în public au aptitudini teatrale, cu dorința de autovalorificare ; tulbură prin comportamentul lor colectivul în care se află — familial sau instructiv-educativ.

Sînt nestatornici în atitudini și opinii, ideativ și afectiv, nu pot desfășura o activitate susținută, sînt superficiali, lipsiți de perseverență, acționează doar spre a fi gratificați prin laudă, recunoștință, admirație, spre a impresiona sau îndupleca pe alții și spre a obține cedarea în fața presiunilor pe care le exercită pentru a obține realizarea dorințelor sau pretențiilor mereu ascendente ; sînt răzbunători, egofili, vanitoși, susceptibili, injurioși, calomniatori, mitomani cu fantezie prodigioasă, fabulează întîmplări în care sînt eroi sau victime, cad victimă propriilor născociri, cu care se identifică și în care cred, ca și din cauza reprobării atitudinii lor de către anturajul în care se află. Dupré vorbește de o constituție mitomatică, P. B. Ganuškin de înclinație mitomatică, Jaspers scrie că istericul vrea să apară mai mult decît este, iar Petrilowitsch vorbește de megalomanul isteric. Psihopatul isteric este avid după atenția anturajului, se vrea în centrul atenției, îi place să pozeze, este inautentic (Bumke), actor (istrion), care interpretează un rol care să stîrnească admirația sau mila, să uimească, să convingă în sensul scopurilor sale, al obținerii unui beneficiu moral sau material, conștient sau inconștient motivat. Este inautentic, lăudăros, impostor, pseudolog fantastic (Birabaum), autism bogat (Minkowski) la cei cu structuri schizoide.

Psihopatul isteric are și se conduce după o logică afectivă, imatur, ideo-afectiv, infatilism psihic și somatic, slăbiciune pulsională (frigiditate, tendințe homosexuale), egocentric, incapabil de empatie, renomiști (caută să se pună în evidență cu orice preț), tendințe asociale sau antisociale (crime, delicte), escroci de spitale, se pretind bolnavi (sindrom Münchausen).

Se deosebesc de nevroza isterică prin aceea că „nevroticul isteric nu are cu necesitate un fond caracterial isteric, în timp ce psihopatul nu face întotdeauna reacții sau accidente de tip isteric", deși, „atît nevroticul cît și psihopatul

isteric) sînt însufleţiţi de dorinţa de a se da în spectacol". În ultimul timp se constată o atenuare a accesului isteric de spectaculozitate.

6. *Timopatii şi dezvoltările dizarmonice ale personalităţii de tip timopat*

Timopatul (Popov) era considerat de către E. Kraepelin drept formă frustă a psihozei maniaco-depresive, întemeiat pe faptul că 37% din maniaco-depresivi prezintă în perioadele interaccesuale modificări cronice ale dipoziţiei. V. Predescu şi colab. descriu două subtipuri de timopaţi :

a) *Timopaţii euforici* — sînt veseli, expansivi, dispoziţie veselă, ignoră greutăţile vieţii, activi, viu interesaţi de toate, au iniţiativă, îndemînare, entuziaşti, se supraapreciază cu calităţile lor fizice şi morale, inconsecvenţi, superficiali, ineficienţi, insuccesul nu-i descurajează, sociabili, prietenoşi, glumesc cu uşurinţă, flecari şi lăudăroşi cu dezinvoltură, bravomani, au legături afective superficiale şi trecătoare, sintoni, familiaritate pînă la obrăznicie, degajaţi, privesc cu uşurinţă obligaţiile şi tratează cu indiferenţă observaţiile, violenţi cînd sînt pedepsiţi, se supără cu uşurinţă dar tot atît de repede le trece supărarea, exuberanţi, guralivi, nerespectuoşi, nepoliticoşi, glumesc cu uşurinţă, se exprimă vulgar sau obscen, le place bufoneria, la adolescenţă pot prezenta comportament aberant sexual (prostituţie, perversiuni), vagabondaj.

Adulţii timopaţi sînt sociabili, direcţi, nu practică convenţionalismul, nepăsători, superficiali în sentimente şi în reacţii afective jenante sau supărătoare pentru anturaj, stări afective de afect (furie, agitaţie extremă, uneori cu implicaţii medico-legale) fără resentimente, sînt excentrici, pot ajunge alcoolici, toxicomani spre a-şi potoli anxietatea şi a-şi procura buna dispoziţie.

Citînd pe Lérsch, dimpreună cu el, autorii disting la timopaţi : hipertimici veseli (lustig) şi senini (heiter). *Timopaţii hipertimici senini* au o viaţă afectivă mai sărăcită, ei fiind veseli dar în fond sînt nepăsători în faţa vieţii, iau totul ca fiind uşor, neînsemnat şi fără consecinţe. *Timopaţii hiperimici veseli,* în ciuda capacităţii lor de a se bucura, au faţă de viaţă o atitudine mai lucidă, sînt mai echilibraţi şi-şi modulează mai adecvat reactivitatea afectivă.

Timopaţii se vor deosebi de psihopaţii paranoici ca şi de isterici.

b) *Timopaţii depresivi* se caracterizează prin depresie, pesimism, neîncredere în sine, în oameni şi în viaţă, posomorîţi, dezgustaţi de viaţă, pot fi orgolioşi, uşor vulnerabili, atitudine ce se poate confunda cu mîndria sau îngîmfarea, vin rar la medic cînd se decompensează nevrotic, reactiv sau prin alcoolism pentru a-şi potoli anxietatea şi durerea morală.

K. Schneider distinge, printre timopaţii depresivi, *tipul sumbru,* dominat de tristeţe, bun şi sensibil ; *tipul „înăcrit"*, care critică permanent oriunde, pe oricine şi oricînd, căruia nu-i intră în voie nimeni — acest tip avînd trăsături paranoice.

Timopaţii vor fi deosebiţi de psihopaţii astenici, cu care au în comun astenia, dar aceasta este dizarmonică, greu de deosebit la copilul dizarmonic, care nu are conturată structura temperamental-caracterială şi personalitatea. La pubertate trăsăturile depresive devin evidente, putînd structura un sistem de gîndire afectivă, dominant depresivă, cu manifestări de răutate, egoism, ilogism, în faţa vieţii, pesimism, ce pot duce la tentative autolitice cu motivaţie puerilă, din lipsă de sens a vieţii şi de „suferinţă enormă", motivată pueril. În perioada pubertară acest fond se poate exacerba, ducînd la veritabile tentative suicidare.

La vîrsta adultă „acuitatea problematicii afective şi chiar morale este mai redusă la astenici decît la timopaţii depresivi". În raport cu psihopaţii, timopaţii au o capacitate de interiorizare, de autoanaliză şi de anxietate mai scăzut.

7. *Psihopaţii paranoici* se conturează evident după adolescenţă (scria V. Predescu şi colab.), deşi notele sale se exprimă palid şi de aceea admitem, dimpreună cu A. Porot şi alţii, că se poate vorbi de o „constituţie paranoică", ale cărei trăsături esenţiale constau în următoarele manifestări psihopatologice :

a) orgoliu excesiv, hipervalorizarea propriului EU, stima exagerată de sine ;

b) lipsa încrederii în oameni, cu ideea prevalentă că toţi oamenii sînt fundamental răi şi perverşi ;

c) falsitatea judecăţilor, îndeosebi cu referire la semeni, lipsa de înţelegere psihologică a motivaţiilor umane (noi am spune lipsa de înţelegere subiectivă), neîncredere, suspiciozitate, care conduc la idei sau convingeri greşite asupra atitudinilor şi acţiunilor umane ;

d) psihorigiditate — tendinţă inflexibilă de a persevera cu orice preţ în propriile convingeri, chiar greşite — ceea ce

duce la idei prevalente — idei nestrămutate şi inaccesibile contraargumentărilor logice, idei prevalente susţinute eronat (adică formate şi întreţinute de stări afective dominante şi puternice). Datorită psihorigidităţii paranoicul îşi susţine puternic ideile — atîtea cîte le are şi cum le are — suspendînd modularea lor adusă la dubii, nuanţe, ambiguităţi pe care le dirijează într-un singur sens, adică în sensul convingerilor lor, ceea ce duce la singularizarea, îngustarea şi sărăcirea vieţii sale şi la simplificarea ei — omul cu idei puţine, fixe şi rigide (M. Ş.). Acesta face ca viaţa psihică a paranoicului să fie statică, centrată pe conţinutul său rigid, care refuză dinamica firească a vieţii în general şi a celei psihice în special, de aici lipsa de modulare a vieţii psihice, a atitudinilor, a acţiunilor, opiniilor, de unde răceala, autismul, încrederea în sine, rigiditatea metodelor acţionale.

Momentele psihoproductive sînt puse în tensiune de lucru atunci cînd trăieşte în mod justificat sau nejustificat, sentimentul nedreptăţii.

K. Schneider, deosebeşte *paranoicii activi sau stenici,* luptători, curajoşi, *paranoicii astenici* cu trăiri de inferioritate, idei prevalente ţinute în surdină. *Paranoicii fanatici* aparţin fanaticilor stenici, care sînt devotaţi total unor obiective politice, sociale, religioase, propagate inflexibil, psihorigid îndeosebi.

În rîndul paranoicilor astenici (hipostenici) s-ar situa sectanţii religioşi, care propăvăduiesc credinţa lor fără să treacă energic la acţiune — ceea ce este rar, după opinia noastră, dacă ne raportăm la realităţile lumii contemporane.

Din punct de vedere al comportamentului social, psihopaţii paranoici pot comite crime (asasinate politice, violenţe, agresivităţi), reclamaţii, procese numeroase, scandaluri.

Paranoicii se aseamănă prin exhaustivitate cu hipertimicii, prin violenţă cu explozii, prin ideile prevalente cu paranoia, de care vor trebui deosebiţi — demers deloc uşor.

8. *Psihopaţii impulsivi (perversiunile impulsive)*

E. Kraepelin includea aici risipitorii, vagabonzii, dipsomanii, incendiatorii, ucigaşii de copii, scriitorii de scrisori anonime etc., încadraţi în categoria *„nebuniei impulsive"*. E. Kahn introducea aici doar pe vagabonzii, Gurevici îi caracterizează pe impulsivi drept acea categorie de psihopaţi la care predomină acţiunile şi tendinţele puternic patologice — încît „bol-

navul nu poate să le transforme în acțiune" sub imperiul unei scurtcircuitări mintale în care cunoștința se păstrează lucidă, nealterată. La impulsuri pragul de excitabilitate nu este scăzut ca la explozivi și nici modificat de oscilații timice tranzitorii ca la instabili, „ci pur și simplu ca o midificare a unor pulsiuni particulare, resimțită subiectiv ca necesitate de satisfacere, ca o nevoie elementară de satisfacere a unei dorințe, a unui act capabil să descarce tensiunea intensă intrapsihică". Printre modalitățile de satisfacere impulsivă, psihopatică, aberantă, autorii încadrează : *piromania* (impulsiunea de incendiere) mai frecventă la femei și, în particular, în perioada pubertății și a ciclului catamenial ; *cleptomania* (impulsiunea de a-și însuși lucruri străine fără utilitate expresă pentru persoana proprie) se manifestă periodic, nu are scop utilitarist, se fură patologic, la vedere, în marile magazine, obiectele nu sînt valorificate ci ascunse, sau redate abil aparținătorilor ; *mitomania* (minciuna patologică — „nevoia imperioasă de a denatura lucrurile, îmbrăcînd adesea forma unor relatări neverosimile, cu caracter pueril, însă care domină de așa manieră prezentul trăit de bolnav încît este capabil de proiecții eidetice, înflorind discursul cu imagini sau scene la care parcă privește, le descrie viu ca și cînd rememorează întîmplări trăite în realitate". Mitomanul are o componentă isterică, însă el este dominat de firul „minciunii", a cărui prevalență îl leagă mai mult de imagine, „de ireal". Se deosebesc de mincinoșii din obișnuință care denaturează nu sub imperiul impulsului, ci în scop utilizator și deliberat. Mitomanul este cu atît mai periculos cu cît este mai inteligent și mai ales atunci cînd mitomania asociază idei prevalente paranoide și malignitate (M. Ș.) ; *dromomania, poriomania sau vagabondajul* este o impulsiune patologică, aberantă, psihopatică cu caracter periodic care constă în necesitatea irezistibilă (și irepresibilă — M. Ș.) „de a schimba locul" părăsind totul: familia, școala, locul de muncă, fără a gîndi la consecințe, cheltuind fără reținere bani, înstrăinînd lucruri, acest periplu fără țintă precisă putînd dura zile, săptămîni sau luni, perturbarea predominînd la bărbați. Dromomania, poriomania sau vagabondajul se va deosebi la copil de fugile de acasă, de la școală determinate reactiv prin stări conflictuale, ca formă de protest față de o situație neplăcută și inacceptabilă și nu determinată impulsiv ca în dromomanie ; se va deosebi dromomania de tulburările de conștiință din automatismul

epileptic (cu caracter crepuscular şi amnezia episodului) ca şi de psihozele reactive acute (reacţiile la şoc).

9. *Psihopaţii perverşi sexual* (perversiunile sexuale) ar presupune, după V. Predescu, doar „o modificare a unei singure trăsături caracteriale", punct de vedere la care nu subscriem şi implicit nici autorul nu aderă atunci cînd scrie că : *„expresia clinică a conduitei generale a acestora relevă, fără îndoială, anomalii caracteriale adînci ce nu se reduc la o simplă anomalie de satisfacere a instinctului sexual"* şi a cărui satisfacţie *„duce adesea la o răsturnare a conduitelor, a normelor etice"* (subl. ns. — M. Ş.).

Psihopatologic, V. Predescu şi colab. precizează cîteva trăsături comune perverşilor sexuali :

1. Precocitatea. „Experienţele care determină orientarea perversă sînt regăsite în copilăria individului, în special la pubertate. Afirmaţia poate fi adevărată, cu condiţia să fim preveniţi asupra faptului că perverşii au tendinţa (şi ocazia) de a revela cu mai multă uşurinţă aspecte ale vieţii sexuale infantile care există şi la normali.

2. Facilitatea condiţionării. Un singur episod pare să decidă toată viaţa sexuală a individului (cf., de ex., masochismul lui Rousseau).

3. Perversiunile se asociază cu alte anomalii caracteriale, fie din varianta hiperstenică (hiperactivitate, hipererotism, tendinţe paranoice), fie din cea hipostenică (trăiri de insuficienţă, trăsături obsesionale, nesiguranţă de sine, răceală).

4. Perversiunile sînt anomalii ale sexualităţii, dar se însoţec frecvent de anomalii cantitative (impotenţe, frigiditate)". Autorii admit clasificarea perversiunilor sexuale formulată de H. Ey : I. *Anomalii în alegerea partenerului :*

1. *Masturbarea* este cvasifiziologic întîlnită la 90% dintre adolescenţi, este perversă la vîrsta adultă, cu excepţia celei „episodice" de necesitate, sau a psihoticilor ;

2. *Pedofilia,* atracţia predominantă a homosexualilor faţă de copii ;

3. *Gerontofilia,* atracţia unor persoane imature faţă de persoanele bătrîne ;

4. *Incestul* — practicarea unor relaţii sexuale cu rudele de sînge (tată—fiică, fiu—mamă, frate—soră etc.) ;

5. *Homosexualitatea* — practicarea, în variate moduri, a relaţiilor sexuale cu indivizi de acelaşi sex (lesbianism la femei, homosexualitate activă sau pasivă la bărbaţi) ;

6. *Transsexualismul* — subiectul nu-şi acceptă sexul său biologic ;

7. *Transvestitismul* — adoptă îmbrăcăminte feminină ;

8. *Zoofilia* — relaţii sexuale cu animalele — întîlnită de obicei la oligofreni ;

9. *Fetişismul* — excitaţie sexuală în prezenţa unor obiecte aparţinînd sexului opus ;

10. *Necrofilia* — raporturi sexuale cu cadavre umane ;

11. *Pigmelionismul sau azoofilia* — satisfacţia genezică este obţinută în prezenţa unor statui reprezentînd bărbaţi sau femei.

II. *Anomalii ale realizării actului sexual*

1. *Sado-masochismul,* cu componentele sale :

a) *Sadismul* — realizarea orgasmului prin chinuri fizice sau morale provocate partenerului ;

b) *Masochismul* — realizarea orgasmului numai dacă partenerul îi provoacă suferinţă ;

2. *Scoptofilia* — plăcerea şi uneori realizarea orgasmului, privind, contemplînd la alţii, realizarea actului sexual ;

3. *Exhibiţionismul* — expunerea organelor genitale în public. Posèque distinge un *exhibiţionism compulsiv* în cadrul nevrozei obsesive-fobice şi un *exhibiţionism* propriu-zis pervers, asociat deteriorărilor de tip organic a personalităţii (adesea la persoanele în vîrstă). Autorii consideră că „perversiunile sexuale nu sînt determinate de fapt de particularităţile înnăscute ce definesc psihopatiile de nucleu, ci mai mult de deficienţele grave educaţionale contribuabile la structurarea psihopatiilor marginale".

Considerăm că un studiu asupra comportamentului sexual al animalelor în condiţii de libertate naturală şi în condiţiile de mediu artificial, ar aduce, după observaţiile noastre, date interesante privind factorul înnăscut şi cel dobîndit prin condiţionare în ce priveşte bazele neurofiziologice ale comportamentului sexual aberant. (M. Ş.)

II. *STĂRILE PSIHOPATOIDE*

Cunoscute şi sub denumirea de psihopatii secundare sau pseudopatii, stările psihopatoide constituie o grupă polimrofă de tablouri clinice care au în comun o scădere evidentă a capacităţii de adaptare consecutivă unor agresiuni sau procese

toxice, infecţioase ,traumatice ,care au modificat comportamentul unor persoane normale pînă în momentul agresiunii.

„Prin stări psihopatoide — scriu autorii — noi înţelegem modificările în sens patologic ale comportamentului, instalate ca o stare permanentă, consecutivă unor afecţiuni adesea cu răsunet lezional cerebral la persoane cu o dezvoltare psihică normală anterioară momentului agresiunii".

În cadrul stărilor psihopatoide, autorii descriu : a) *stările psihopatoide posttraumatice ;* b) *stările psihotoide după diverse encefalite ;* c) *stările psihopatoide cauzate de abuzul de alcool ;* d) *pseudopsihopatiile ce survin în urma diverselor traumatisme.*

Autorii subliniază că stările psihopatoide ce survin prin diverse suferinţe cerebrale în primii ani de viaţă, evoluează şi se manifestă prin simptome psihice şi sînt aproape superpozabile psihopatiilor.

V. Predescu şi colaboratorii au descris : a) *stări psihopatoide lezionale de dezvoltare,* care survin „înainte de organizarea şi dezvoltarea psihicului" şi care sînt superpozabile psihopatiilor, şi b) *stări psihopatoide lezionale prin regresiune psihică* — ce survin atunci cînd factorul lezional cerebral a intervenit după organizarea şi dezvoltarea psihicului „înainte şi după maturizarea personalităţii" la persoanele fără antecedente psihopatice, şi care prezintă consecutiv regresie psihică temporară sau definitivă, au o evoluţie regresivă psihică temporară în condiţii de mediu favorabile, sînt de regulă definitive cînd leziunile cerebrale sînt extinse şi, îndeosebi, în cazurile în care au fost afectate bilateral regiunile frontoorbitale, temporale şi în special bihipocampale.

CLASIFICAREA PSIHOPATIILOR DUPA M. LĂZĂRESCU, D. OGODESCU

„— *Persoana dezarmonică psihopată de tip antisocial (sociopat)* prezintă un comportament ce încalcă, în mod frecvent, normele socio-morale ale societăţii, prin lipsa de rezonanţă afectivă şi empatie, prin atitudinea dominatoare, servindu-se de alţii pentru atingerea nevoilor, scopurilor şi plăcerilor sale. Nu îi respectă pe ceilalţi, simţind plăcerea de a-i chinui, dar fără a avea sentimentul de vinovăţie şi regret. Egoist, vanitos şi intolerant la frustrări, nu poate stabili şi întreţine relaţii interpersonale profunde şi durabile. Viaţa instinctiv-pulsională este necenzurată şi anarhică, interferînd frecvent cu perversiunile sexuale, alcoolismul, toxicomaniile.

Anetopatul este iritabil şi agresiv ; comportamentul lui sadic deliberat ajungînd pînă la crime săvîrşite cu sînge rece. Deseori, înfăptuieşte răul în mod gratuit, ca scop în sine şi nu pentru a obţine unele avantaje. Este lipsit de simţul datoriei şi responsabilităţii, de orice calitate care implică simţul moral şi afectivitatea tranzitivă.

Debutul tulburărilor de comportament este cel tîrziu la zece ani ; actele au caracter antisocial manifestîndu-şi constant şi în toate mediile sociale (familie, şcoală, armată, locuri de muncă etc.). Conduita dizarmonică se diversifică treptat, se permanentizează, devine un stil de viaţă, un mod deviant de a fi în lume.

Unii autori au descris existenţa unui *psihopat impulsiv*. El se caracterizează prin manifestarea unor impulsuri irezistibile, prin efectuarea unor acte antisociale pe care subiectul le săvîrşeşte contra voinţei sale. Deşi psihopatul are discernămîntul păstrat şi este conştient de caracterul antisocial al comportamentului său, nu-şi poate stăpîni actele. Poate comite acte impulsive grave şi incoercitibile (piromanie, dromomanie, cleptomanie ş.a.).

— *Persoana dizarmonic-psihopată de tip paranoiac.* Se distinge prin orgoliu și megalomanie, prin încrederea excesivă în sine și suspiciune față de alții, îndoindu-se de loialitatea lor ; prin rigiditate, inflexibilitate, perseverență, combativitate în acțiunile ce le întreprinde. Este prudent, hipervigilent, așteptîndu-se mereu la umilințe, daune sau înșelătorii din partea altora. Este predispus să interpreteze distorsionat acțiunile neutrale sau prietenești ale celor din jur, considerîndu-le ca fiind ostile și tendențioase.

Paranoiacul intră în sonflict cu grupul social deoarece se simte jignit, nedreptățit, încercînd cu multă energie și perseverență să-și facă singur dreptate ori să combată tot ceea ce i se pare incorect. De obicei, este anafectiv, fanatic, gelos, manifestă o sensibilitate exagerată față de eșecuri și respingeri. Este mereu tensionat, exagerează dificultățile și este gata să contraatace atunci cînd simte o amenințare. Dar, în afară de această variantă activ-dominatoare, care se exprimă printr-o luptă permanentă pentru „dreptate", există și o formă predominant crispat-anxioasă caracterizată prin suspiciune, încordare, tensiune anxioasă, ripostă promptă la orice eveniment ce semnifică o „amenințare" (prin memorii, reclamații, denunțuri, procese).

— *Persoana psihopată de tip hipomaniacal* se manifestă prin sociabilitate crescută, dar superficială. Inițiază multiple planuri de acțiune, dar nu le finalizează. Este încrezător în sine, expansiv, ignoră dificultățile reale, nu este receptiv la obiecțiile raționale. Cînd întîmpină obstrucții devine violent, certăreț, cverulent, provoacă scandaluri perturbînd viața grupului social.

— *Persoana psihopată de tip exploziv* se caracterizează printr-un potențial agresiv crescut, toleranță scăzută la frustrare, tendință extrapunitivă, insuficient control al vieții instinctiv-afective, labilitate și instabilitate emotivă. Este hiperreactiv, ajungînd ușor la reacții de scurtcircuit motivațional cu crize explozive. Se diferențiază psihopații explozivi cu un psihism insuficient diferențiat, hipertimi și epileptoizi, ultimii fiind, de obicei, lenți, adezivi, acumulînd progresiv afecte pînă la descărcarea prin scurtcircuit exploziv.

În ultimii ani acest tip de psihopat este oarecum echivalent cu instabilul emoțional-atitudinal. Explozivititatea lui crescută a fost corelată și cu un psihism mai puțin diferențiat, cu antecedente de suferință cerebrală și chiar cu epilepsia (inclusiv cu tipul „epileptoid").

— *Persoana psihopată de tip istrionic-isteric* se caracterizează prin egocentrism, vanitate, preţiozitate, dorinţa de a fi în centrul atenţiei, de a fi admirat sau compătimit, labilitate emotivă. Comportamentul este hiperexpresiv, teatral, captativ, manipulativ (în vederea realizării nevoilor personale), dissocial (intrigant, escroc, mitoman, delincvent etc.). Deseori, prezintă reacţii excesive la evenimente minore (accese de furie, îngustări ale cîmpului de conştiinţă etc.).

S-a descris şi o variantă tipologică apropiată de istrionic, caracterizată prin narcisism (*„narcisismul"* descris de autorii americani), prin tendinţa de a se considera o persoană excepţională, prin hipersenzitivitate la evaluarea ei de către alţii ş.a.

— *Persoana psihopată de tip anankast* se caracterizează prin nehotărîre, indecizie, meticulozitate, conştiinciozitate excesivă, preocupare crescută faţă de ordine. Comportamentul este prudent, convenţional, pedant, formalist, politicos, lipsit de spontaneitate, fantezie şi umor, de generozitate şi căldură sufletească. Înclinaţia spre formalism, spre perfecţionism, fiind dublată de tendinţa de a reveni şi a verifica actele sale, exprimă o adîncă insecuritate personală.

Comportamentul dissocial este urmarea încadrării dificile în grup datorită atitudinii nehotărîte, ambivalente, impulsive cu oscilaţii endotimice, cu o agresivitate insuficient stăpînită ce se orientează fie spre alţii, fie spre el însuşi. Formele grave de psihopatie anakastă pot fi considerate ca marginale schizofreniei (ambivalenţă, ambitendenţă, ritualuri multiple, depersonalizare, derealizare ş.a.).

Poate fi descrisă şi o variantă *psihastenică* de psihopatie caracterizată prin ambivalenţă, ruminaţii, nesiguranţă, indecizie, tendinţă la colecţionarism şi verificare, înclinaţie spre alcoolism, toxicomanie sau comportamente de tip impulsiv.

— *Persoana psihopată de tip anxios-evitant* poate fi recunoscută prin trăirile intense şi permanente de frică, tensiune, sentimente de insecuritate şi inferioritate, stimă redusă de sine, dorinţă crescută de a fi acceptată de alţii, hipersensibilitatea la opiniile critice şi rejecţie. Are tendinţa de a exagera posibilele riscuri şi situaţii periculoase din viaţa cotidiană. Din această cauză prezintă un comportament restrictiv. Caracterul disocial al actelor sale derivă din incapacitatea de a realiza contacte interpersonale, de a se insera adecvat în viaţa comunitară obişnuită.

— *Persoana psihopată de tip instabil emoţional şi atitudinal,* denumită şi *borderline* în clasificarea americană, se ca-

racterizează prin relații interpersonale cu puternică încărcătură emotivă, dar instabile, care se corelează cu frecvente modificări de atitudine. El trece cu ușurință și, deseori, imprevizibil de la o atitudine la alta. De asemenea, prezintă oscilații timice accentuate și neașteptate. Identitatea cu sine este deficitară, iar orientarea și preferințele sale interioare sînt, adesea, neclare și perturbate.

A fost identificat și un caz mai particular care alternează perioade de inhibiție, abulie și retragere socială cu perioade de expansivitate și sociabilitate crescute. Aceste persoane care exprimă și oscilații timice între euforie și depresie au fost etichetate ca *ciclotimice* și încadrate alături de psihopații instabili în spectrul caracterial al psihozelor afective.

— *Persoana psihopată de tip depresiv* reușește să stabilească relații interpersonale reduse, dar ele sînt profunde și durabile. Subiectul se conturează prin dispoziție tristă, stimă de sine redusă iar, uneori, prin reacții explozive sau autoagresive.

Are predispoziție spre trăirea culpei, alcoolism și toxicomanie. Comportamentul disocial se explică prin dificultatea de inserție firească în grupul social, prin starea de tensiune și iritare (disforie) care perturbă liniștea celorlalți, prin incapacitatea de acte generoase, de ajutor oferit semenilor.

— *Persoana psihopată de tip astenic* prezintă o relativă dificultate în desfășurarea relațiilor interpersonale datorită sărăciei afectivității tranzitive și deficitului energetic. Încearcă să reușească în plan social, însă, datorită spolierii de energie este lipsit de forță și trăiește în mod dezagreabil corporalitatea. Nu este capabil să se relaxeze, să se bucure de viață, fiind invidios pe cei ce au o bună dispoziție. Egoist și egocentric, se eschivează de la responsabilitățile sociale, fiind preocupat mai ales de starea propriului corp și de menținerea sănătății lui.

— *Persoana psihopată de tip schizoid* se caracterizează prin indiferență față de sentimentele, opiniile și criticile altora ; răceală și detașare emoțională, incapacitatea de rezonanță afectivă, interes scăzut pentru experiențele sexuale, capacitate redusă de a trăi bucuria și plăcerea, preferința pentru activități solitare și introspecție, dificultatea de a recunoaște și de a adera la convenții sociale (comportament excentric).

Comportamentul disocial decurge tocmai din lipsa de adeziune la grup și din faptul că alții nu se pot baza pe acest tip de psihopat, care ignoră convențiile sociale. În cazul în

care se încadrează în grupuri anomice poate consuma alcool și alte toxice, poate comite acte antisociale delictuale.

În cadrul acestui gsup s-a identificat o persoană *schizotipală* care prezintă o gravă perturbare caracterială și comportamentală, marginală psihozei (schizofreniei), manifestîndu-se prin gîndire magică, idei de relație, depersonalizare, derealizare ș.a.

— *Persoana psihopată de tip abulic* se consideră neajutorată, lipsită de valoare, fiindu-i teamă că va fi abandonată de ceilalți și nu se va putea descurca în viață. Se simte dezagreabil cînd este singură ori cînd se încheie o relație care a persistat mai mult timp. Din cauza acestor slăbiciuni nu-și asumă responsabilitatea față de actele sale, încercînd să o transfere altora. Uneori, subiectul este „pasiv-agresiv", în sensul că, aparent, este de acord cu cel care-l domină, dar i se opune pasiv, exitînd să execute ceea ce promite. Este foarte influențabil atît pentru comportamente negative, cît și pentru cele pozitive. Nu are un control suficient asupra vieții instinctiv pulsionale, putînd ajunge la perversiuni, dependență de droguri sau alcool.

În acest domeniu de patologie mentală se poate comenta și *tulburarea de identitate sexuală.* În forma ei cea mai accentuată, denumită *transsexualism,* subiectul dorește să fie recunoscut de către alții ca o identitate sexuală opusă constituției sale morfologico-endocrine. Poate fi menționată și *homosexualitatea egosintonă,* care nu poate fi considerată o tulburare de personalitate în adevăratul sens al cuvîntului ; anormalitatea vizînd doar un aspect al existenței persoanei. În sfîrșit, o situație deosebită este cea a constituției persoanei, care poate fi *obeză* sau *foarte slabă.*

Persoana dizarmonic-psihopată este considerată o entitate nosologică, putînd fi diagnosticată și în cazul lipsei altor tulburări psihopatologice. Ea prezintă mai frecvent decît restul populației stări reactive psihopatologice, abuzuri și dependență de alcool și droguri, perversiuni sexuale, parasuicid, comportamente de tip impulsiv. De asemenea, patologia psihotică endogenă apare mai frecvent la unele categorii de psihopați (schizoidul, depresivul, ciclotimul, hipomaniacalul, instabilul).

Tulburările de personalitate pot să se instaleze și secundar, ca defecte ale unor suferințe organic cerebrale (infecțioase, toxice, posttraumatice, vasculare), ale tulburărilor psihotice endogene (schizofrenia), ale psihozelor delirante și tulburărilor

maniaco-depresive. Modificări persistente ale personalității pot să apară la vîrsta adultă după situații stresante intense și prelungite (detenție în lagăre de concentrare) sau reactiv față de boli cronice.

Psihopatul intră în contact cu mediul psihiatric terapeutic doar în anumite situații și anume pentru expertize medico-legale, toxicomanie supraadăugată, reacții psihopatologice, pentru a obține avantaje sociale etc. La unii psihopați se întîlnesc un număr crescut de „evenimente de viață" în raport cu media populației, acestea fiind induse de stilul comportamental al persoanei care, ulterior, „reacționează" și la situații pe care le-a determinat. De asemenea, poate să apară o modalitate aparte de tulburări care constau în *dezvoltări reactive prevalente* pornind de la un eveniment mai mult sau mai puțin obiectiv, mai mult sau mai puțin indus de subiect. Persoana își concentrează toate preocupările și acțiunile într-o unică direcție, într-o manieră „psevalentă", rigidă, ignorînd bogăția și varietatea situațiilor existențiale. Mai frecvente sînt temele de luptă și persecuție cu instalarea unei *dezvoltări reactive prevalențiale paranoice*, care trebuie diferențiată de paranoia ca psihoză delisantă endogenă. Temele pot fi și de gelozie, ipocondriace etc.

De obicei, psihopatia interferează cu medicina sufletului prin adopțiune și mai puțin prin consecințele comportamentului său. În această situație ea poate fi o problemă socială, juridică, dar nu medicală în sens restrîns. De altfel, anormalitatea psihopatică nu poate fi tratată radical, ci eventual prevenită prin măsuri de igienă mentală. Tratamentul medicamentos este simptomatic, vizînd diminuarea agresivității și impulsivității, anxietății, depresiei, asteniei ș.a.

Confruntat cu dizarmonia psihopatică, alienistul trebuie să funcționeze ca un arbitru al valorilor morale. Psihopatia nu poate fi considerată numai prin prisma neutrală a psihopatologiei, căci reprezintă o infirmitate morală ; subiectul fiind exorbitat din lumea valorilor și creativității. Sociopatul devine astfel reprezentativ pentru conceptul de „anormalitate maladivă", ca și cum ar avea înscris în el „geniul nereversibilității".

ANEXA

CLASIFICAREA OMS (ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII) — I.C.D. — 10

Tulburări specifice ale personalității ; Tulburările personalității mixte și altele și schimbările durabile ale personalității

Aceste tipuri de stări cuprind patternuri de comportament adânc înrădăcinate și durabile, care se manifestă ca răspunsuri inflexibile la o gamă largă de situații personale și sociale. Ele reprezintă, fie deviații extreme sau semnificative de la modul în care un individ mediu dintr-o cultură dată percepe, gândește, simte și în special, raționează cu alții. Astfel de patternuri comportamentale tind să fie stabile și să cuprindă multiple domenii ale funcționării psihologice și comportamentale, care apar în copilărie și adolescență și se continuă în viața adultă. Ele nu sunt secundare altor tulburări. În contrast, schimbarea personalității este dobândită, de obicei în timpul vietii adulte, urmând unor stresuri severe sau prelungite, unei deprimări ambientale extreme, tulburări psihiatrice serioase sau boli ori lezări cerebrale (schimbarea personalității asociată cu acestea din urmă este clasificată).

Fiecare din stările acestui grup pot fi clasificate în funcție de forma predominantă a manifestărilor sale comportamentale. Totuși, clasificarea în această arie nu poate. în prezent merge dincolo de descrierea a o serie de tipuri și subtipuri care nu sunt natural exclusive și se suprapun parțial în unele din caracteristicile lor.

Tulburările de personalitate sunt, din acest motiv, subdivizate în funcție de „clustere", de trăsături care corespund celor mai frecvente sau pregnante manifestări comportamentale ale acestor stări. Subtipurile astfel descrise sunt recunoscute larg ca forme de deviații ale personalității. În punerea unui diagnostic de tulburare de personalitate, clinicianul va considera toate aspectele funcționării personale, deci formularea diagnostică, pentru a fi simplă și eficientă, se va referi numai la acele dimensiuni sau trăsături la care pragurile de severitate sugerate au fost atinse.

Stabilirea (diagnosticului) trebuie să fie bazată pe cât mai multe surse de informare posibile. Deși uneori este posibilă o evaluare, o stare a personalității într-un singur interviu cu subiectul, adesea este necesar a avea mai multe decât un singur interviu cu persoana și de a colecta date de istoric de la informanți.

Două stări care au fost anterior clasificate la tulburările de personalitate, tulburarea ciclotimică și cea schizotipală sunt acum listate altundeva, deoarece ele par a avea elemente comune semnificative în fenomenologie, istoricul familial și patternul evoluției cu alte tulburări ale acestor secțiuni.

Subdiviziunea schimbării personalității este bazată pe cauze sau antecedente acestor schimbări, de ex. trăirea catastrofică, stressuri sau tensiuni (suprasolicitări) prelungite și boli psihiatrice.

Este important a separa stările personalității de tulburările incluse în alte secțiuni ale acestui capitol. Dacă o stare a personalității precede sau urmează o tulburare psihiatrică limitată în timp sau cronică, ambele trebuie diagnosticate. Utilizarea formatului multiaxial ce acompaniază clasificarea bazală a tulburărilor mentale și a factorilor psihosociali, va facilita înregistrarea acestor tulburări sau stări.

Variațiile culturale sau regionale în manifestările stărilor personalității sunt importante dar o cunoaștere specifică în această arie este încă săracă. Stările personalității care par a fi frecvent recunoscute într-o anumită parte a lumii dar nu corespund nici unuia dintre subtipurile specificate mai jos pot fi clasificate ca „alte" stări ale personalității și identificate după un al 5-lea caracter al codului, ca o adaptare a acestei clasificări pentru acea țară sau regiune. Deasemenea, variații locale în manifestarea unei stări a personalității poate fi reflectată în formularea (în cuvinte) setului de ghidaje diagnostice pentru atari stări

Tulburări ale personalității specifice

O tulburare specifică a personalității este o perturbare severă în constituția caracteriologică și tendințele comportamentale ale individului, implicând de obicei mai multe arii ale personalității și asociate aproape întotdeauna cu o considerabilă disrupție personală și socială. Tulburarea de personalitate tinde să apară în copilărie tardivă sau în adolescență și continuă să se manifeste în viața adultă. Din această

cauză este improbabil ca diagnosticul de tulburare a personalității să fie potrivit înaintea vârstei de 16 sau 17 ani. Ghidajele diagnostice generale care se aplică tuturor tulburărilor de personalitate sunt prezentate mai jos ; descrierile suplimentare sunt date la fiecare dintre subtipuri.

Ghidaje diagnostice

Stări ce nu sunt direct atribuibile unei boli sau leziuni masive cerebrale sau altor tulburări psihiatrice, întrunind următoarele criterii :

I. Atitudini și comportamente, marcat dezarmonice, implicând de obicei mai multe arii ale funcționalității (de ex. afectivitate, „trezirea", controlul impulsului, moduri de a percepe și a gândi și stilul de a relaționa cu ceilalți).

II. Patternul comportamentului anormal este durabil, de lungă durată și nu eliminat la episoadele de boală mentală ;

III. Patternul comportamental anormal este persuasiv și clar maladaptiv la o gamă largă de situații personale și sociale ;

IV. Manifestările de mai sus apar întotdeauna în timpul copilăriei sau adolescenței și se continuă în viața adultă ;

V. Tulburarea duce la o suferință personală considerabilă dar aceasta poate deveni aparentă numai tardiv în cursul evoluției ;

VI. Tulburarea este de obicei, dar nu invariabil, asociată cu o afectare semnificativă în performanța ocupațională și socială.

Pentru a diagnostica majoritatea subtipurilor listate mai jos, o dovadă clară cerută privind prezența a cel puțin 3 dintre trăsăturile sau comportamentele date în această descripție.

Tulburarea de personalitate paranoidă

Tulburarea de personalitate caracterizată prin :

I. O excesivă senzitivitate la eșecuri și refuzuri ;

II. Nu iartă insultele și injuriile („lezările" și „vătămările" și o tendință de a purta pică, persistent) ;

III. Suspiciozitate și o tendință persuasivă de a distorsiona trăirile prin interpretarea falsă a acțiunilor mentale sau prietenești ale altora ca fiind ostile sau sfidătoare ;

IV. Un simț al drepturilor personale combativ și tenace, ce nu ține seama de situația actuală ;

V. O înclinare spre o gelozie patologică ;

VI. O tendință de a trăi o autovalorizare excesivă, manifestată printr-o atitudine autoreferențială persistentă ;

VII. Preocuparea pentru explicații „conspirative" nefondate privind evenimentele din jurul său sau din lumea largă.

Include : — personalitatea : — paranoidă expansivă, fanatică ;
— paranoidă senzitivă ;
— cverulentă

Exclude : — schizofrenia
— tulburarea delirantă

Tulburarea de personalitate schizoidă

Tulburarea de personalitate ce întrunește următoarea descriere :

I. Incapacitatea de a trăi plăcerea (anhedonia) ;

II. Răceală emoțională, detașare sau aplatizare afectivă și incapacitatea de a exprima căldură, sentimente tandre pentru altul, la fel ca și mânie ;

III. Răspuns slab atât la laudă cjt și la critică ;

IV. Interes redus în a avea experiențe sexuale cu o altă persoană (ținând cont de vârstă) ;

V. Preferință complesitoare pentru fantezie, activități solitare ; și rezervă introspectivă ;

VI. Absența relațiilor personale strânse, bazate pe încredere ;

VII. Marcată dificultate în recunoașterea și adeziunea la convențiile sociale, ce are ca rezultat excentricitatea comportamentului.

Exclude : — schizofrenia ;
— tulburarea schizotipală ;
— sindromul Asporger (tulburarea schizoidă a a copilăriei).

Tulburarea de personalitate disocială

Tulburarea de personalitate, de obicei intrând în atenție din cauza unei mari disparități între comportament și normale sociale dominante și caracterizată prin :

I. O „împietrită" lipsă de considerație pentru sentimentele altora și absența capacității de emoție ;

II. Masivă și persistentă atitudine și iresponsabilitate și desconsiderare a normelor, regulilor și obligațiilor sociale ;

III. Incapacitatea de a menține relații durabile ;

IV. Foarte redusă toleranță la frustrare și un prag scăzut pentru descărcare prin agresiune, inclusiv violență ;

V. Incapacitatea de a trăi sentimente de vinovăție și de a profita din experiență, în special din pedeapsă ;

VI. Marcată înclinare de a blama pe alții sau de a oferi raționalizări plauzibile pentru comportamentul care a dus subiectul în conflict cu societatea ;

VII. Persistentă iritabilitate :

Include : — personalitatea : — sociopatică ;
— amorală ;
— asocială ;
— antisocială ;
— psihopatică ;

Exclude : — tulburările conduitei ;
— tulburările personalității emoțional instabile.

Tulburarea de personalitate instabil-emoțională

O tulburare a personalității în care există o marcată tendință de a acționa în mod impulsiv, fără considerarea consecințelor, împreună cu o dispoziție afectivă instabilă și capricioasă. Capacitatea de a planifica un viitor este minimală și exploziile unei furii intense pot adesea conduce la violență sau explozii comportamentale, acestea sunt cu ușurință precipitate când actele impulsive sunt criticate sau zădărnicite de alții. Două variante ale acestei tulburări ale personalității sunt specificate și ambele împărtășesc această temă generală a impulsivității și absenței autocontrolului.

Tulburarea de personalitate instabil-emoțională, tip impulsiv

Caracteristicile predominante sunt instabilitatea emoțională și absența controlului impulsurilor. Explozii de violență sau comportament amenințător sunt comune, mai ales când sunt criticați de către alții :

Include : — personalitatea : — explozivă
— agresivă

Exclude : — tulburarea personalității disociale.

Tulburarea de personalitate instabil-emotivă, tipul Borderline

Multe dintre caracteristicile instabilității emoționale sunt prezente, și în plus propriile imagini de sine, scopuri și preferințe interioare (inclusiv sexuale) ale subiecților sunt adesea neclare sau perturbate. Un risc de a deveni implicat în relații intense și instabile poate cauza crize emoționale repetate și poate fi asociat cu o serie de pericole de suicid sau acte de autovătămare, deși acestea pot de asemenea apare fără factori predispozați evidenți.

Include : — personalitatea borderline.

Tulburarea de personalitate istrionică

Tulburarea de personalitate caracterizată prin :

I. Autodramatizare, ușor influențată de alții ;

II. Sugestibilitate, ușor influențată de alții ;

III. Afectivitate superficială și labilă ;

IV. Egocentrism, lipsă de indulgență și considerare pentru alții ;

V. Dorință fierbinte pentru apreciere ; cu ușurință se simte „rănit" (sufletește) ;

VI. Avid de excitații și activități în care este centrul atenției ;

VII. Comportament manipulator persistent pentru a-și realiza necesitățile proprii.

Include : — personalitatea — psiho-infantilă
— isterică

Tulburarea de personalitate anankasta (obsesiv-compulsivă)

Tulburare de personalitate caracteristică prin :

I. Indecizie, îndoială și precauție excesivă reflectând o profundă insecuritate personală ;

II. Perfecționism, nevoia de a verifica în mod repetat și excesivă preocupare pentru detalii, disproporționată față de importanța sarcinii și de o amploare ce pierde perspectiva unor situații mai cuprinzătoare ;

III. Excesivă conștiinciozitate, scrupulozitate, și excesivă preocupare pentru productivitate cu excluderea plăcerii și a relațiilor interpersonale ;

IV. Pedanterie, convenționalism cu limitată capacitate de a exprima emoții calde ;

V. Rigiditatea prin încăpățânare, cu insistența ca alții să se supună rutinei lui ;

VI. Intruziunea unor gânduri și impulsuri insistente și „nebinevenite" care nu ating severitatea tulburării obsesivo-compulsive ;

VII. Necesitatea de a planifica toate activitățile pentru mult timp înainte și în detalii neschimbate.

Include : — personalitateaa : — compulsivă ;
— obsesională ;

Tulburarea de personalitate anxioasă (evitantă)

Tulburare de personalitate caracterizată prin :

I. Simțăminte persistente si persuasive de tensiune și aprehensiune ;

II. Conștientizare de sine habituală și sentimente de insecuritate și inferioritate ;

III. Continuă dorință de a fi simpatizat și acceptat ;

IV. Hipersenzivitate la rejecție și critică ;

V. Refuz de a intra într-o relație fără a primi puternice garanții a unei acceptări necritice ; foarte restrictive atașamente personale ;

VI. Înclinație habituală de a exagera pericolele sau riscurile potențiale în situațiile cotidiene până la amploarea evitării anumitor activități, neatingând însă nivelul evitării fobice ;

VII. Stil de viață cu restricții din cauza nevoii de a avea certitudine și siguranță.

Tulburarea de personalitate dependentă

Personalitate caracterizată prin :

I. Încurajarea sau permisiunea acordată altora de așI asuma responsabilități pentru arii majore ale propriei vieți ;

II. Subordonarea propriilor nevoi acelora ale altora de care el este dependent și nejustific ată confiantă cu dorințele lor ;

III. Refractar de a face chiar cereri rezonabile persoanelor de care depinde ;

IV. Percepere de sine ca neajutorat, incompetent, lipsit de vigoare ;

V. Preocuparea privind frica de a fi abandonat și nevoia constantă de asigurări în legătură cu aceasta. Se simte foarte inconfortabil când e singur ;

VI. Trăirea unei devastări și neajutorări când ia sfârșit o relație apropiată ;

VII. O tendință de a reacționa la adversitate prin transferarea responsabilității altora.

Include : — personalitatea : — astenică ;
— inadecvată ;
— pasivă ;
— defetistă ;

Tulburări specifice (altele)

O tulburare a personalității ce nu se potrivește cu nici una din rubricile specifice, include : personalitate :
— narcisistică ;
— excentrică ;
— tip „Haltlöse" ;
— imatură ;
— pasiv-agresivă ;
— psihonevrotică.

Tulburarea de personalitate, nespecificată

Include : — nevroza de caracter ;
— personalitatea patologică.

Tulburări ale personalității mixte sau altele

Această categorie este prevăzută pentru tulburările și anomalitățile personalității care sunt adesea supărătoare dar nu demonstrează patternul specific al simptomelor ce caracterizează tulburările descrise. Drept rezultat, ele sunt, adesea, mai greu de diagnosticat decât de tulburările paranoide. Două tipuri sunt specificate aici prin al patrulea caracter ; orice alte tipuri diferite trebuie codificate.

Tulburările de personalitate mixtă, cu trăsături de la mai multe tulburări, dar fără un set predominant de simptome care să permită un diagnostic specific.

Modificările personalității „supărătoare", neclasificabile, considerate ca secundare diagnosticului principal a unei coexistențe tulburări afective sau anxioase.

Exclude : — trăsături accentuate ale personalității.

Schimbarea durabilă a personalității neatribuabilă unei boli, sau leziuni masive cerebrale

Tulburări ale comportamentului și personalității adulte care s-au dezvoltat la persoane ce au avut anterior tulburări ale personalității care urmează stress-uri excesiv de prelungite sau catastrofice sau urmează unei boli psihiatrice severe. Aceste diagnostice vor fi numai atunci făcute când există o dovadă a unei schimbări certe și durabile a pattrn-ului persoanei de a percepe, a relaționa sau de a gîndi despre ambianță și sine însuși. Schimbarea personalității va fi semnificativă și asociată cu un comportament inflexibil și dezadaptiv care nu a fost prezent înainte de experiența patogenetică. Schimbarea nu va fi o manifestare a unei alte boli mentale sau a un sintem rezidual al nici unei boli mentale din antecedente. O astfel de schimbare durabilă a personalității este cel mai des văzută urmând unor experiențe traumatice devastatoare, dar poate de asemenea să se dezvolte ca o consecință a unei tulburări mintale severe, prelungite sau recurente. Diferențierea între o schimbare a personalității, dobândită, și o „demascare" urmare a stress-ului sau suprasolicitării sau o trăire psihotică poate fi foarte dificilă. Schimbarea durabilă a personalității poate să fie diagnosticată doar atunci când schimbarea reprezintă un mod de a fi permanent și diferit, dar, din punct de vedere etiologic, poate fi corelată înapoi în timp cu o trăire existențială extremă, profundă. Diagnosticul nu va fi făcut dacă tulburarea de personalitate este secundară unei leziuni masive cerebrale sau unei boli cerebrale.

Schimbarea durabilă a personalității, după o trăire catastrofică.

Schimbarea durabilă a personalității poate urma experienței unui stress catastrofic. Stress-ul trebuie să fie atît de extrem, încît nu este necesar să se considere vulnerabilitatea personală pentru a explica profundele sale efecte asupra personalității. Exemplele includ experiențele câmpului de concentrare ; tortura ; dezastrele ; expunerea prelungită la situații periclitante pentru viață, de exemplu a fi victima terorismului (de ex. situația de ostatec ; captivitate prelungită cu iminentă posibilitate de a fi ucis). Tulburarea stress-ului post traumatic poate precede acest tip de schimbare a per-

sonalității în astfel de cazuri ultima poate fi privită ca o sechelă cronică, ireversibilă, a unei astfel de tulburări. În alte cazuri, totuși, schimbarea durabilă a personalității ce întrunește descrierea dată mai sus poate să se dezvolte fără o fază intermediară a unei tulburări a stress-ului post-traumatic manifestă. O schimbare de lungă durată în personalitate, ce urmează unei expuneri de scurtă durată la o trăire de amenințare privind viața, cum ar fi un accident de mașină nu va fi inclus în această categorie deoarece cercetări recente indică faptul că astfel de dezvoltări depind de o vulnerabilitate psihologică preexistentă.

Ghidaj diagnostic. Schimbarea personalității trebuie să fie durabilă. și să se manifeste ca trăsături inflexibile și disadaptative ce duc la o afectare a funcționării interpersonale, sociale și ocupaționale. De obicei, modificarea personalității trebuie să fie confirmată de un informant „cheie". Pentru a elabora diagnosticul trebuie stabilită prezența trăsăturilor ce nu au fost observate anterior cum ar fi :

I. O atitudine ostilă sau neîncrezătoare față de lume ;

II. Retragere socială ;

III. Sentimente de „golire" sau disperare (lipsă de speranțe) ;

IV. Sentimentul constant de a fi pe marginea prăpastiei, ca și cum ar fi constant periclitat ;

V. Înstrăinarea.

Această schimbare a personalității trebuie să fi fost prezentă cel puțin doi ani și să nu fie atribuită unei tulburări de personalitate preexistentă sau unei tulburări mentale alta decât tulburarea de stress post-traumatic. Prezența unei leziuni masive sau boli cerebrale, care poate cauza trăsături similare trebuie eliminată.

Schimbarea durabilă a personalității după o boală psihiatrică.

Schimbarea personalității atribuabilă unei experiențe traumatice de a suferi de o boală psihiatrică severă. Schimbarea nu poate fi explicată de o tulburare a personalității anterioare ci trebuie diferențiată de schizofrenia reziduală și alte stări de remisie incompletă din o tulburare mentală în antecedente.

Ghidaj diagnostic : Schimbarea personalității trebuie să fie durabilă și să se manifeste ca un pattern inflexibil și disadaptativ al trăirilor și funcționării ce duc la o afectare pe termen lung (interpersonală), socială sau ocupațională și suferință subiectivă. Trebuie să nu fie nici o dovadă a unei

tulburări de personalitate preexistente care să poată explica schimbarea personalității și diagnosticul nu trebuie să se bazeze pe nici un simptom rezidual a unei boli mentale antecedente. Schimbarea personalității se dezvoltă după vindecarea clinică de o boală mentală, care trebuie să fi fost trăită ca fiind extrem de stresantă emoțional și distrugând imaginea de sine a individului. Atitudinile sau reacțiile altor persoane față de subiect ce urmează bolii, sunt importante în determinarea și în întărirea nivelului de stres perceput de persoană. Acest tip de schimbare a personalității nu poate fi pe deplin înțeles fără a lua în considerare trăirea emoțională subiectivă și personalitatea anterioară, ajustarea sa și vulnerabilitățile sale specifice.

Pentru a elabora acest diagnostic, schimbarea personalității trebuie să fie evidențiată prin trăsături clinice cum ar fi :

I. Excesivă dependență și o atitudine solicitantă față de alții ;

II. Convingerea că a fost schimbat sau stigmatizat de boală, ducând la o incapacitate de a forma și menține relații personale strânse și bazate pe încredere, precum și la o izolare socială.

III. Pasivitate, interese remise și implicare scăzută în activitățile anterioare de divertisment din timpul liber ;

IV. Plângeri persistente de a fi bolnav, ce pot fi asociate cu cereri ipocondriace și comportament de bolnav ;

V. Dispozițiile afective disforice sau labile, care nu sunt datorate prezenței unei boli mentale actuale sau unei tulburări mentale antecedente cu simptome afective reziduale ;

VI. Afectarea semnificativă a funcționării sociale și ocupaționale comparată cu situația premorbidă.

Manifestările de mai sus trebuie să fi fost prezente de-a lungul unei perioade de doi sau mai mulți ani. Tulburarea nu este atribuabilă unei boli sau leziuni cerebrale masive. Un diagnostic anterior de schizofrenie nu prevalează asupra diagnosticului.

Alte schimbări durabile ale personalității

Include tulburarea durabilă a personalității după trăiri ce nu sunt menționate în tulburările de personalitate paranoide și schizoide, cum ar fi sindromul personalității cronice și schimbarea durabilă a personalității după pierderea unei ființe dragi.

Tulburările de personalitate

Trăsăturile de personalitate sunt patternuri durabile de percepere, relaționare, și gîndire, despre ambianță și despre sine, și care se manifestă într-o largă gamă de contexte sociale și personale importante. Numai cînd *trăsăturile de personalitate* sînt inflexibile și dezadaptative, și cauzează, fie deteriorare funcțională, fie suferință subiectivă importantă, ele constituie *tulburări de personalitate.* Manifestările tulburărilor de personalitate se recunosc adesea din adolescență sau mai precoce și continuă de-a lungul celei mai mari părți a vieții adulte, deși ele devin mai puțin evidente la o etate medie sau avansată.

Criteriile de diagnostic pentru tulburările de personalitate se referă la comportamente sau la trăsături care sunt caracteristice pentru activitatea recentă (anul trecut) și activitatea pe termen lung, începînd de timpuriu în viața adultă. Constelația de comportamente sau de trăsături cauzează, fie o deteriorare semnificativă în activitatea socială sau profesională, fie suferință subiectivă.

Multe din elementele caracteristice ale diverselor tipuri de tulburări de personalitate, cum ar fi tulburarea de personalitate de tip dependent, paranoid, schizotipal sau borderline, pot fi văzute în timpul unui episod al unei alte tulburări mentale, cum ar fi depresia majoră. Diagnosticul de tulburare de personalitate va fi pus numai cînd elementele caracteristice sînt tipice pentru activitatea pe termen lung a persoanei și nu sînt limitate la episoade discrete de maladie.

Diagnosticul tulburărilor de personalitate la copii și la adolescenți

Anumite tulburări de personalitate sînt în legătură cu categoriile de diagnostic corespunzătoare din secțiunea tul-

burărilor evidente de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie, sau în adolescență. Tulburările corespunzătoare sînt următoarele :

Tulburările copilăriei sau adolescenței	*Tulburările de personalitate*
Tulburarea de conduită	Tulburarea de personalitate de tip antisocial
Tulburarea evitantă a copilăriei sau adolescenței	Tulburarea de personalitate te tip evitant
Tulburarea de identitate	Tulburarea de personalitate de tip borderline

Dacă persoana are sub 18 ani, va fi pus mai curînd diagnosticul de tulburare de conduită, decît diagnosticul de tulburare de personalitate de tip antisocial, deoarece studiile au indicat că mulți copii cu comportament antisocial remarcabil nu mai continuă să prezinte comportament antisocial în perioada adultă. (Tulburarea de conduită poate fi diagnosticată la adulți cînd nu sînt satisfăcute toate criteriile pentru tulburarea de personalitate de tip antisocial).

Tulburarea de personalitate de tip evitant și tulburarea de personalitate de tip borderline pot fi diagnosticate la copii și adolescenți, mai curînd decît categoriile corespunzătoare copilăriei, dacă sînt satisfăcute criteriile de tulburare de personalitate, perturbarea este pervasivă și persistentă, și este improbabil că va fi limitată la un anumit stadiu de dezvoltare.

Celelalte categorii de tulburare de personalitate pot fi aplicate la copii și adolescenți în acele cazuri în care anumite trăsături dezadaptive de personalitate par a fi stabile. Cînd se face aceasta, există evident mai puțină certitudine că tulburarea de personalitate va persista nemodificată în timp în viața adultă.

Elemente asociate. Frecvent, persoana cu o tulburare de personalitate este insatisfăcută de impactul pe care-l are comportamentul său asupra altora sau de incapacitatea sa de a funcționa eficient. Acesta poate fi cazul chiar cînd trăsăturile care duc la aceste dificultăți sînt ego-sintonice, adică, nu sînt considerate de persoană ca indezirabile. În alte cazuri, trăsăturile de personalitate pot fi ego-distonice dar persoana poate fi incapabilă să le modifice cu tot efortul considerabil pe care-l face în acest sens.

Perturbările afective, implicînd frecvent depresia sau anxietatea, sînt comune, și pot fi chiar principala acuză a persoanei.

Etatea la debut și evoluție. După cum s-a menționat mai sus, tulburările de personalitate, prin definiție, sînt recunoscute în general din adolescență sau de timpuriu în viața adultă și sînt caracteristice pentru cea mai mare parte a vieții adulte.

Deteriorare. Poate exista o deteriorare marcată în activitatea socială sau profesională. Cînd este deteriorată activitatea profesională, ea este de regulă durabilă, dar poate fi și episodică și poate lua forma unor perioade recurente de inhibiție în muncă (de exemplu „blocarea scriitorului"). Cu excepția tulburărilor de personalitate de tip antisocial, schizotipal și borderline, oamenii cu tulburări de personalitate solicită rar spitalizare, în afară de cazul cînd se suprapune o altă tulburare, cum ar fi uzul de o substanță psihoactivă sau depresia majoră.

Tulburările de personalitate și tulburările psihotice

Cînd o persoană cu tulburare psihotică codificată pe axa I, de exemplu, schizofrenie sau tulburare delirantă, prezintă o tulburare de personalitate preexistentă, tulburarea de personalitate va fi de asemenea înregistrată, însă pe axa II, urmată de „premorbidă" în paranteze. De exemplu :

Axa I : 295.32 Schizofrenie, tip paranoid, cronică

Axa II : 301.20 Tulburare de personalitate de tip schizoid. (Premorbidă).

Tulburările specifice de personalitate

Tradițional, în diagnosticarea tulburărilor de personalitate, clinicianul a fost orientat să constate o singură tulburare specifică de personalitate care să descrie în mod adecvat funcționarea perturbată a personalității insului. Frecvent aceasta poate fi făcută numai cu dificultate, deoarece mulți oameni prezintă trăsături care nu sînt limitate la o singură tulburare de personalitate. În acest manual, diagnosticul a mai mult decît o singură tulburare de personalitate poate fi pus dacă persoana satisface criteriile pentru mai mult decît una.

Tulburările de personalitate au fost clasificate în trei grupe. Prima grupă, denumită grupa A, include tulburările

de personalitate de tip paranoid, schizoid și schizotipal. Oamenii cu aceste tulburări apar adesea ca bizari și excentrici. Grupa B include tulburările de personalitate de tip antisocial, borderline, histrionic și narcisistic. Oamenii cu aceste tulburări apar adesea ca dramatici, emotivi sau eratici. Grupa C include tulburările de personalitate de tip evitant, dependent, obsesivo-compulsiv și pasiv-agresiv. Oamenii cu aceste tulburări apar adesea ca anxioși și fricoși. În fine, mai există o categorie reziduală, tulburarea de personalitate FAS, care poate fi utilizată pentru alte tulburări de personalitate specifice sau pentru condiții mixte care nu pot fi clasificate ca vreuna din tulburările de personalitate descrise în acest manual.

Există o mare variabilitate în detaliile cu care sînt descrise diversele tulburări de personalitate și în specificarea criteriilor de diagnostic. Tulburările studiate mai pe larg și mai riguros decît altele, cum ar fi tulburarea de personalitate de tip antisocial, sînt descrise mai detaliat.

GRUPA A

301.00 Tulburarea de personalitate de tip paranoid

Elementul esențial al acestei tulburări este o tendință parvasivă și nejustificată de a interpreta acțiunile altora ca fiind deliberat înjositoare și amenințătoare, care începe de timpuriu în viața adultă și este prezentă într-o varietate de contexte.

Aproape invariabil există expectativa generală de a fi exploatat sau prejudiciat de alții într-un anume fel. Frecvent o persoană cu această tulburare va avea fără nici o justificare dubii referitoare la loialitatea și onestitatea amicilor sau asociaților săi. Adesea, persoana este patologic de geloasă, avînd fără justificare dubii referitoare la fidelitatea soțului (sau soției), sau a partenerului sexual (sau a partenerei sexuale).

Confruntată cu o situație nouă, persoana poate citi semnificații peiorative sau amenințătoare ascunse în cele mai benigne remarci sau evenimente, putînd suspecta, de exemplu, că o bancă a făcut în mod deliberat o eroare în contul său. Adesea acești oameni sînt ușor de vexat și reacționează rapid cu mînie sau contraatac ; ei pot purta ranchiună mult timp, și nu uită niciodată nici cele mai neînsemnate ofense,

insulte sau injurii. Ei nu au încredere în alții pentru că se tem că informația va fi utilizată contra lor. Oamenii cu această tulburare sînt de regulă hipervigilenți și iau măsuri de precauție contra oricărei amenințări percepute. Tind să evite blamul chiar cînd este justificat. Sînt considerați adesea de ceilalți ca fiind reținuți, ascunși, nesinceri și intriganți.

Cînd oamenii cu această tulburare se află într-o situație nouă, ei caută intens și riguros confirmarea așteptărilor lor, fără să ia în considerație contextul total. Concluzia lor finală este exact aceea pe care ei o expectează în primul rînd. Adesea ei au idei tranzitorii de referință, de exemplu, cum că ceilalți iau informații speciale (despre ei) sau, că spun lucruri vulgare la adresa lor.

Elemente asociate. Oamenii cu această tulburare, de regulă, sînt cverulenți și exagerează dificultățile — „fac din țînțar armăsar" (fac multe din mușuroaie de cîrtiță). Ei constată adesea că le este greu să se relaxeze, de regulă apar ca tensionați, și au tendința de a contraataca cînd percep vreo amenințare. Deși sînt critici față de alții și adesea litigioși, ei au mari dificultăți în a accepta critica.

Afectivitatea acestor oameni este adesea restrînsă și pot apărea „reci" față de ceilalți. Ei nu au un adevărat simț al umorului și de regulă sînt serioși. Sînt mîndri de faptul că totdeauna sînt obiectivi, raționali și neemotivi. De regulă sînt lipsiți de pacientă, malabilitate, sentimentalism și tandrețe.

Ocazional, sînt apreciați ca fiind observatori fini, ambițioși, și capabili ; cel mai adesea însă, ei sînt văzuți ca ostili, refractari și defensivi. Ei pot fi rigizi și refractari la orice compromis și pot genera impacientă și teamă la ceilalți. Adesea ei au o teamă insolită de a nu-și pierde independența sau puterea de a domina evenimentele, conform propriilor lor dorințe.

Acești oameni evită, de regulă, intimitatea, cu excepția celor în care au absolută încredere. Ei manifestă o necesitate excesivă de a fi independenți, mergînd pînă la culmea egocentrismului și a importanței de sine exagerate. Evită participarea la activitățile de grup, cu excepția celor în care au o poziție dominantă.

Oamenii cu tulburarea de personalitate de tip paranoid sînt adesea interesați de aparate mecanice, electronică și automatizare. Nu se interesează în general de artă sau estetică. Ei realizează pe deplin puterea și rangul, cine este superior

sau inferior, și adesea sînt invidioși și geloși pe cei care dețin puterea. Ei disprețuiesc oamenii pe care-i consideră slabi, moi, suferinzi sau cu defecte (fizice).

În timpul perioadelor de stres extrem, oamenii cu această tulburare pot experimenta simptome tranzitorii, dar ele sînt de regulă de insuficientă durată pentru a justifica un diagnostic adițional.

Deteriorare. Deoarece oamenii cu tulburare de personalitate de tip paranoid realizează în general că este prudent să-și țină pentru ei înșiși ideile lor insolite, deteriorarea tinde a fi minimă. Însă, dificultățile profesionale sînt comune, în special în relațiile cu reprezentanții autorităților sau cu colaboratorii. În cazurile mai severe, toate relațiile sînt deteriorate evident.

Complicații. Relația acestei tulburări cu tulburarea delirantă și cu schizofrenia, tipul paranoid, este neclară. Anumite elemente esențiale ale tulburării de personalitate de tip paranoid, cum ar fi suspiciozitatea și hipersenzitivitatea, pot predispune, însă, la dezvoltarea acestor tulburări.

Fatcori predispozanți. Nici o informație.

Prevalență. Deoarece oamenii cu această tulburare caută rar ajutor sau necesită spitalizare pentru problemele de personalitate, tulburarea devine rar subiect de atenție clinică. Din cauza tendinței unora dintre ei de a fi moraliști, impunători, și extrapunitivi, oamenii cu această tulburare pot fi suprareprezentați printre liderii unor culte și altor grupuri marginale.

Rata sexului. Această tulburare este diagnosticată mai frecvent la bărbați.

Pattern familial. Nici o informație.

Diagnostic diferențial. În tulburarea delirantă și în schizofrenie, tipul paranoid, există simptome psihotice persistente, cum sînt ideile delirante și halucinațiile, care nu fac niciodată parte din tulburarea de personalitate. Însă, aceste tulburări se pot suprapune peste tulburarea de personalitate de tip paranoid. *Tulburarea de personalitate de tip antisocial* are în comun cu tulburarea de personalitate de tip paranoid cîteva elemente, de exemplu, dificultatea în formarea și în-

treținerea unor relații strînse și performanța profesională redusă ; exceptînd însă cazul cînd cele două tulburări coexistă, un istoric de comportament antisocial pe tot parcursul vieții, nu este prezent în tulburarea de personalitate de tip paranoid. Oamenii cu tulburarea *de personalitate de tip schizoid* sînt adesea văzuți ca stranii și excentrici, reci, și distanți, dar nu au o ideație paranoidă notabilă.

Criterii de diagnostic pentru 30.00.
Tulburarea de personalitate de tip paranoid

A. Tendința pervasivă și nejustificată, începînd precoce în viața adultă și prezentă într-o varietate de contexte, de a interpreta acțiunile oamenilor ca fiind deliberat înjositoare sau amenințătoare, după cum este indicat de cel puțin *patru* din următoarele :

1) se așteaptă, fără o bază suficientă, să fie exploatat sau nedespărțit de alții ;

2) are, fără nici o justificare dubii, în legătură cu loialitatea și sinceritatea amicilor sau a asociaților ;

3) vede intenții josnice sau amenințătoare ascunse în cele mai benigne remarci sau evenimente, de exemplu, suspectează că vecinul își scoate afară lucrurile dis-de-dimineață ca să-l agaseze pe dînsul ;

4) poartă ranchiună sau este implacabil la insulte sau la lipsa de respect ;

5) nu are încredere în alții din cauza temerii nejustificate că informația va fi folosită contra sa ;

6) este ușor de vexat și prompt în a reacționa cu mînie sau contraatac ;

7) are, în mod nejustificat, dubii în legătură cu fidelitatea soției sau partenerei sexuale.

B. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei sau tulburării delirante.

301.20. Tulburarea de personalitate de tip schizoid

Elementul esențial al acestei tulburări îl constituie un pattern pervasiv de indiferență față de relațiile sociale și o gamă restrînsă de expresie și experiență emoțională, care începe de timpuriu în viața adultă și este prezent într-o varietate de contexte.

Oamenii cu această tulburare nu doresc niciodată și nici nu se bucură de relații strînse, inclusiv de faptul de a face

parte dintr-o familie. Ei preferă să fie „solitari", și nu au amici sau confidenți apropiați (sau au numai unul) alții decît rude de prim grad. Ei preferă aproape totdeauna activități solitare și manifestă foarte puțină dorință, dacă nu chiar deloc, de a avea experiențe sexuale cu o altă persoană. Astfel de oameni sînt indiferenți la laudele și criticile celorlalți. Ei afirmă că experimentează rar emoții puternice precum mînia sau bucuria și de fapt prezintă un afect restrîns. Apar ca fiind reci și distanți.

Elemente asociate. Oamenii cu această tulburare sînt adesea incapabili să-și exprime agresivitatea sau ostilitatea. Ei pot pare ca fiind vagi în legătură cu țelurile lor, indecișii în acțiuni, absorbiți de propriile lor idei și eratici. Din cauza lipsei de aptitudini sociale sau a dorinței de experiențe sexuale, bărbații cu această tulburare sînt de regulă incapabili de a da o întîlnire și rareori sînt căsătoriți. Femeile pot accepta pasiv curtarea și căsătoria.

Deteriorare. Relațiile sociale sînt, prin definiție, reduse sever. Activitatea funcțională poate fi deteriorată, în special dacă se cere o implicare interpersonală. Pe de altă parte, oamenii cu această tulburare pot fi, în unele cazuri, capabili de realizări profesionale înalte în situații care cer performanță în muncă în condiții de izolare socială.

Prevalență. În condiții clinice, prevalența este scăzută. procent semnificativ de oameni lucrînd în posturi care implică un contact redus sau nici un contact cu alții, ori care trăiesc în cartierele periferice ale orașelor, pot avea tulburarea.

Factorii predispozanți, rata sexului și pattern familial. Nici o informație.

Diagnostic diferențial. În tulburarea de personalitate de tip schizotipal există excentricități de comunicare sau de comportament. Unii oameni pot avea atît tulburarea de personalitate de tip schizoid, cît și de tip schizotipal.

În *tulburarea de personalitate de tip evitant,* izolarea socială se datorește susceptibilității anormale de repecție, iar dorința de a intra în relații sociale este prezentă dacă există garanții ferme de acceptare necritică. Din contră, oamenii cu tulburare de personalitate de tip schizoid, au o dorință redusă de relații sociale.

În *tulburarea de personalitate de tip paranoid,* ideația paranoidă este un element notabil.

Criterii de diagnosticare pentru 301.20
Tulburarea de personalitate de tip schizoid

A. Un pattern pervasiv de indiferență față de relațiile sociale și o gamă restrînsă de expresie și experiență emoțională, începînd de timpuriu în viața adultă și care este prezent într-o varietate de contexte, după cum indică cel puțin *patru* din următoarele :

1) nici nu dorește și nici nu se bucură de relațiile strînse, inclusiv de faptul de a fi parte a unei familii ;

2) aproape totdeauna preferă activitățile solitare ;

3) rar, dacă nu chiar niciodată, afirmă sau pare a experimenta emoții puternice, cum ar fi mînia și bucuria ;

4) manifestă puțină dorință sau deloc nici o dorință de a avea experiențe sexuale cu o altă persoană (etatea fiind luată în considerație) ;

5) este indiferent la laudele și criticile altora ;

6) nu are amici sau confidenți apropiați (sau numai unul), alții decît rude de primul grad ;

7) prezintă un afect restrîns (coarctat), adică este rece, distant, și prezintă rar gesturi sau expresii faciale de reciprocitate, cum ar fi zîmbetul sau înclinarea (aprobativă) a capului.

B. Nu survine exclusiv în cursul evoluției schizofreniei sau unei tulburări delirante.

301.22 Tulburarea de personalitate de tip schizotipal

Elementul esențial al acestei tulburări constituie un pattern pervasiv de particularități de ideație, aspect și comportament și deficite în relaționarea interpersonală, începînd de timpuriu în viața adultă și prezent într-o varietate de contexte și care nu este suficient de sever pentru a satisface criteriile pentru schizofrenie.

Perturbarea în conținutul gîndirii poate include ideația paranoidă, suspiciozitatea, idei de referință, convingeri bizare, și gîndire magică incompatibilă cu normele subculturale și care influențează comportamentul persoanei. Exemplele includ superstiționozitatea, credința în clarviziune, telepatie sau în cel de al „șaselea simț" ori convingerea că „alții îmi pot simți sentimentele", (cînd aceasta nu este parte a unui sistem cultural de credințe). La copii și adolescenți, aceste idei pot include fantezii sau preocupări bizare. Experiențele perceptive insolite pot include iluzii și detectarea prezenței unei forțe sau persoane care în realitate nu este prezentă (de

exemplu „am simțit prezența unui diavol în cameră"). Adesea limbajul prezintă particularități marcate, dar care nu merg niciodată pînă la relaxarea asociațiilor sau la incoerență. Limbajul poate fi indigent, digresiv, vag sau inadecvat de abstract. Conceptele pot fi exprimate neclar ori bizar sau cuvintele pot fi utilizate într-un mod insolit. Oamenii cu această tulburare apar adesea ca bizari și excentrici în comportament și înfățișare (aspect). De exemplu, ei sînt adesea neglijenți, prezintă manierisme inuzuale, și vorbesc cu ei înșiși.

Relaționarea interpersonală este invariabil deteriorată la acești oameni. Ei manifestă o afectivitate inadecvată sau coarctată, par a fi stupizi și rezervați și răspund rar la gesturi sau expresii faciale, cum ar fi zîmbetul sau înclinatul (aprobativ) al capului. Nu au amici sau confidenți apropiați (sau au doar unul), alții decît rude de primul grad, și sînt extrem de anxioși în situațiile sociale implicînd oameni nefamiliari.

Elemente asociate. Sînt comune variate mixturi de anxietate, depresie și alte dispoziții disforice. Adesea sînt prezente elemente de tulburare de personalitate de tip borderline, și în unele cazuri, ambele diagnostice pot fi justificate. În timpul perioadelor de stres extrem, oamenii cu această tulburare pot expenienta simptome psihotice tranzitorii, dar ele sînt de regulă insuficiente ca durată pentru a justifica un diagnostic adițional. Din cauza bizareriilor în gîndire, oamenii cu tulburarea de personalitate de tip schizotipal sînt înclinați spre convingeri excentrice.

Rata sexului. Nici o informație.

Deteriorare. O oarecare interferență cu activitatea socială și profesională este comună.

Prevalență. Studii recente, utilizînd criterii DSM-III, indică faptul că aproape 3% din populație prezintă această tulburare.

Pattern familial. Există unele probe că oamenii cu tulburare de personalitate de tip schizotipal sînt mai frecvenți printre rudele biologice de gradul unu ale oamenilor cu schifrenie decît în populația generală.

Diagnostic diferențial. În schizofrenie, tipul rezidual, există un istoric de fază activă de schizofrenie cu simptome

psihotice. Cînd în tulburarea de personalitate de tip schizotipal survin simptome psihotice, ele sînt tranzitorii, și nu atît de severe. În *tulburarea de personalitate de tip schizoid* și în *tulburarea de personalitate de tip evitant* nu există bizarerii de comportament, gîndire, percepție și vorbire, așa cum sînt cele din tulburarea de personalitate de tip schizotipal. Frecvent, oamenii cu *tulburare de personalitate de tip borderline* satisfac, de asemenea, criteriile pentru tulburarea de personalitate de tip schizotipal ; în astfel de cazuri, vor fi înregistrate ambele diagnostice. Suspiciozitatea și ideația paranoidă pot fi prezente în *tulburarea de personalitate de tip paranoid,* dar alte bizarerii de gîndire sau comportament nu există.

Criterii de diagnostic pentru 301.22
Tulburarea de personalitate de tip schizotipal

A. Un pattern pervasiv de deficite în relaționarea interpersonală și particularități de ideație, aspect și comoprtament, începînd de timpuriu în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puțin *cinci* din următoarele :

1) idei de referință (exclusiv delirante de referință) ;

2) anxietate socială excesivă, adică disconfort extrem în situații sociale implicînd persoane nefamiliare ;

3) convingeri stranii sau gîndire magică, care influențează comportamentul și sînt incompatibile cu normele subculturale, de exemplu, superstiționizitatea, credința în clarviziune, telepatia, sau cel de al „șaselea simț", „alții îmi pot simți sentimentele" (la copii și adolescenți, fantezii sau preocupări bizare) ;

4) experiențe perceptuale insolite, de exemplu, iluzii, detectarea unei forțe sau persoane care în realitate nu este prezentă, (de exemplu, „simțeam că mama mea moartă, era în cameră cu mine") ;

5) comportament sau înfățișare bizară ori excentrică, de exemplu, neglijență (nepieptănat), manierisme insolite, vorbitul cu sine însuși :

6) nici un fel de amici sau confidenți apropiați (sau numai unul), alții decît rude de gradul unu ;

7) limbaj bizar (fără relaxarea asociațiilor sau incoerență), de exemplu, limbaj pauper, digresiv, vag sau inadecvat de abstract ;

8) afect inadecvat sau restrîns (coarctat), de exemplu, răspunde rar, rezervat, stupid, la gesturi și expresii faciale, cum ar fi zîmbetul sau înclinatul (aprobativ al) capului ;

9) suspiciozitate sau ideație paranoidă.

B. Apariție nu exclusiv în timpul evoluției schizofreniei sau al unei tulburări pervasive de dezvoltare.

GRUPA B

301.70 Tulburarea de personalitate de tip antisocial

Elementul esențial al acestei tulburări este un pattern de comportament iresponsabil și antisocial care începe în copilărie sau de timpuriu în adolescență și se continuă și în perioada adultă. Pentru a fi pus acest diagnostic, persoana trebuie să fie de cel puțin 18 ani și să aibă un istoric de tulburare de conduită înainte de etatea de 15 ani.

Minciuna, furtul, chiulul, vandalismul, inițierea de bătăi, vagabondajul și cruzimea fizică sînt semne tipice copilăriei. În perioada adultă patternul antisocial continuă și poate include incapacitatea de a onora obligațiile financiare, de a acționa ca un părinte responsabil sau de a se planifica, precum și incapacitatea de a susține un comportament constant în muncă. Acești oameni nu reușesc să conformeze normelor sociale și comit de repetate ori acte antisociale care sînt motive de arest, cum ar fi distrugerea proprietății, importunarea altora, furtul, și faptul de a avea o ocupație ilegală.

Oamenii cu tulburare de personalitate de tip antisocial tind a fi iritabili și agresivi și intră de repetate ori în încăierări și atacuri corporale extrem de violente, inclusiv maltratarea soției sau a copilului. Comportamentul imprudent, fără considerație pentru securitatea personală este comun, după cum demonstrează conducerea unui atuovehicul în timp ce este intoxicat sau procurarea de bilete de loterie expirate. De regulă, acești oameni sînt promiscui (definiți ca neavând o relație susținută monogamă pentru mai mult de un an de zile). În fine, ei nu au în general nici o remușcare în legătură cu efectele comportamentului lor asupra altora ; se pot simți chiar îndreptățiți să lezeze sau să maltrateze pe alții. După etatea de 30 de ani, comportamentul antisocial cel mai flagrant, poate diminua, în special promiscuitatea sexuală, conflictualitatea și criminalitatea.

Elemente asociate. De timpuriu în adolescență, acești oameni uzează de regulă de tutun, alcool și alte droguri și se angajează în relații sexuale voluntare, inhabitual de precoce pentru grupul lor de egali. Tulburările determinate de uzul de substanțe psihoactive sînt frecvent diagnostice asociate. Mai puțin frecvent, poate fi prezentă și tulburarea de somatizare.

Cu tot stereotipul unui status normal, în această tulburare există frecvent semne de suferință personală, incluzînd acuzarea de tensiune (afectivă), incapacitatea de a tolera monotonia, depresia și convingerea (adesea corectă) că alții îi sînt ostili. Dificultățile interpersonale și disforia tind a persista pînă tîrziu în viața adultă, chiar cînd cel mai flagrant comportament a diminuat. Aproape constant există o deteriorare marcată a capacității de a întreține relații durabile, strînse, calde și responsabile cu familia, amicii sau partenerii sexuali.

Etatea la debut. Prin definiție, simptomele tulburării de conduită încep înainte de etatea de 15 ani. Primele simptome de tulburare de conduită la femeile care dezvoltă tulburarea de personalitate de tip antisocial apar de regulă la pubertate, în timp ce la bărbați tulburarea de conduită este evidentă în general de timpuriu în copilărie.

Deteriorarea. Tulburarea este adesea extrem de incapacitantă, ducînd la imposibilitatea de a deveni un adult independent, autonom, și dă naștere la mulți ani de instituționalizare, mai mult penală decît medicală. (Unii oameni, care au mai multe elemente ale tulburării, obțin succese politice și economice ; dar acești oameni nu prezintă niciodată tabloul complet al tulburării, lipsind în special, debutul precoce în copilărie, care interferează de regulă cu perfecționarea educațională și exclude cele mai multe cariere publice).

Complicații. Oamenii cu această tulburare sînt probabil mai predispuși decît cei din populația generală să moară prematur prin mijloace violente.

Factori predispozanți. Factorii predispozanți sînt hiperactivitatea cu deficit de atenție și tulburarea de conduită în timpul prepubertății. Absența unei discipline parentale consistente crește, după cît se pare, probabilitatea ca tulburarea de conduită să evolueze în tulburarea de personalitate de tip antisocial. Alți factori predispozanți includ maltratarea în copilărie, alungarea de acasă, creșterea fără unul din părinți.

Prevalență. Prevalența tulburării de personalitate de tip antisocial printre bărbații americani este de aproape 3%, iar pentru femeile americane de mai puțin 1%. Tulburarea este mai frecventă în populațiile clasei de jos, în parte pentru că ea este asociată cu deteriorarea capacității de a cîștiga bani prin muncă și, în parte, pentru că tații celor cu aceste tulburări au ei înșiși frecvent tulburarea și, în consecință copiii lor cresc adesea în familii sărace.

Rata sexului. Tulburarea este mult mai frecventă la bărbați decît la femei.

Pattern familial. Tulburarea de personalitate de tip antisocial este de cinci ori mai frecventă printre rudele biologice de gradul unu ale bărbaților cu tulburarea decît în populația generală. Riscul rudelor biologice de gradul unu al femeilor cu tulburarea, este de aproape zece ori mai mare decît cel al populației generale. Există de asemenea un risc crescut de tulburare de somatizare și de tulburări datorate uzului de substanță psihoactivă la rudele bărbaților și femeilor cu tulburarea. Într-o familie care are un membru cu tulburare de personalitate de tip antisocial, bărbații au cel mai adesea tulburarea de personalitate de tip antisocial și tulburări datorate uzului de substanță psihoactivă, în timp ce femeile au cel mai adesea tulburarea de somatizare ; dar există o creștere în toate aceste tulburări, atît la bărbați, cît și la femei, în comparație cu populația generală. Studiile pe adoptați arată că atît factorii genetici, cît și cei ambientali contribuie la riscul acestui grup de tulburări, deoarece părinții cu tulburare de personalitate de tip antisocial cresc riscul de tulburare de personalitate de tip antisocial, de tulburare de somatizare, și de tulburări datorate uzului de substanță psihoactivă, atît la copiii biologic (proprii), cît și la cei adoptați.

Diagnostic diferențial. Tulburarea de conduită constă din semne de tulburare de personalitate de tip antisocial tipice copilăriei. Deoarece un astfel de comportament se poate termina spontan sau poate evolua în alte tulburări, cum ar fi schizofrenia, diagnosticul de tulburare de personalitate de tip antisocial nu va fi pus la copii ; el este rezervat pentru adulți (18 ani sau peste) care au avut timp să prezinte întregul pattern longitudinal.

Comportamentul antisocial adult, din categoria condițiilor non atribuabile unei tulburări mentale, va trebui să fie luat în considerație cînd comportamentul criminal ori alt comportament agresiv sau antisocial survine la oameni care nu satisfac criteriile pentru tulburarea de personalitate de tip antisocial și al căror comportament antisocial nu poate fi atribuit unei alte tulburări mentale.

Cînd *abuzul de substanță psihoactivă* și comportamentul antisocial încep în copilărie și continuă în viața adultă, vor fi diagnosticate atît tulburarea datorită uzului de substanță psihoactivă, cît și tulburarea de personalitate de tip antisocial, dacă sînt satisfăcute criteriile pentru fiecare din aceste tul-

burări, indiferent de măsura în care comportamentul antisocial poate fi o consecință a unei tulburări datorate uzului de substanță psihoactivă, de exemplu, vînzarea ilegală de droguri, sau comportamentului agresiv, asociat cu intoxicația alcoolică. Cînd comportamentul antisocial la un adult este asociat cu o tulburare de personalitate de tip antisocial, diagnosticul este pus numai dacă semnele de tulburare de personalitate de tip antisocial din copilărie sînt de asemenea prezente și continuă și-n viața adultă.

Retardarea mentală și schizofrenia se pot prezenta cu unele elemente de tulburare de personalitate de tip antisocial, cum ar fi deteriorarea în activitatea profesională și parentală, dar diagnosticul adițiional de tulburare de personalitate de tip antisocial va fi pus numai dacă există un pattern clar de comportament antisocial.

Episoadele maniacale pot fi asociate cu comportamentul antisocial. Însă, absența tulburării de conduită în copilărie și natura episodică a comportamentului antisocial exclud diagnosticul adițional de tulburare de personalitate de tip antisocial.

Criterii de diagnostic pentru 301.70
Tulburarea de personalitate de tip antisocial

A. Etatea actuală de cel puțin 18 ani.

B. Evidența unei tulburări de conduită cu debut înainte de etatea de 15 ani, după cum este indicat de un istoric de *trei* sau mai multe din următoare :

1) a chiulit adesea ;
2) a fugit de acasă de cel puțin două ori în timp ce locuia în casa părintească sau a substitutului parental (sau odată fără să se mai întoarcă) ;
3) a inițiat adesea bătăi (încăierări) ;
4) a utilizat arma în mai mult decît o singură încăierare ;
5) a forțat pe cineva să aibă contact sexual cu el (ea) ;
6) a fost crud fizic cu animalele ;
7) a fost crud fizic cu alți oameni ;
8) a distrus în mod deliberat proprietaatea altora (altfel decît prin incendiere) ;
9) s-a angajat în mod deliberat în incendieri ;
10) a mințit (în alt scop decît acela de a evita maltratarea fizică sau sexuală) ;
11) a furat fără a se confrunta cu victima în mai mult decît o ocazie (inclusiv falsificarea) ;

12) a furat cu confruntare cu victima (de exemplu, jaf, furt de poşete, extorcare, furt cu mîna armată).

C. Un pattern de comportament iresponsabil şi antisocial de la etatea de 15 ani, după cum este indicat de cel puţin patru din următoarele :

1) este incapabil să susţină un comportament constant în muncă după cum este indicat de oricare din următoarele (inclusiv comportamentul similar în situaţii şcolare, dacă persoana este elev) :

a) lipsa de ocupaţie timp de şase luni sau mai mult în decurs de cinci ani, cînd este de aţşeptat ca să lucreze şi are unde să lucreze ;

b) repetate absenţe de la lucru neexplicate printr-o maladie a sa ori a unui membru al familiei ;

c) abandonarea a diverse servicii fără a avea planuri realiste de a se angaja în altele ;

2) incapacitatea de a se conforma normelor sociale referitoare la comportamentul permis, după cum indică repetată comitere de acte antisociale care sînt motiv pentru arest (fie că este arestat sau nu), de exemplu, distrugerea proprietăţii, importunarea altora, furtul, angajarea în ocupaţii ilegale ;

3) este iritabil şi agresiv, fapt indicat de bătăile şi atacurile corporale repetate (necerute de propria-i profesie sau spre a se apăra pe sine sau pe altcineva), incluzînd maltratarea soţiei sau a copilului ;

4) eşecuri repetate în a-şi onora obligaţiile financiare, după cum este indicat de condamnarea pentru datorii, sau incapacitatea de a asigura subzistenţa copilului sau a altor dependenţi în mod regulat ;

5) este incapabil să prevadă, sau este impulsiv, după cum este indicat de unul sau ambele itemuri următoare :

a) călătoreşte din loc în loc fără un serviciu prearanjat sau un scop precis pentru perioada călătoriei ori o idee clară despre cînd se va termina călătoria ;

b) lipsa unei adrese fixe pentru o lună de zile sau mai mul ;

6) nu are nici o consideraţie pentru adevăr, după cum indică minciuna repetată, uzul de aliasuri sau „dirijarea" altora în profitul ori pentru plăcerea sa ;

7) este imprudent referitor la propria sa siguranţă sau la siguranţa altora, după cum indică conducerea în timp ce este intoxicat sau condusul repetat cu viteză excesivă ;

8) dacă este părinte sau curator, este lipsit de capacitatea de a funcţiona ca un părinte responsabil, după cum indică unul sau mai multe din următoarele :

a) malnutriţia copilului ;

b) maladii ale copilului rezultînd din lipsa unui minim de igienă ;

c) incapacitatea de a obține îngrijirea medicală pentru un copil suferind serios ;

d) dependența copilului de vecini sau de rude pentru mîncare sau adăpost ;

e) incapacitatea de a se angaja ca îngrijitor pentru un copil mic, cînd părintele acestuia este plecat de acasă ;

f) risipirea repetată pe articole personale, a banilor necesari pentru cheltuielile casei ;

9) nu a susținut niciodată o relație monogramă pentru mai mult de un an ;

10) lipsa de remușcări (se simte îndreptățit să veteme, să maltrateze, sau să fure de la altul).

D. Apariția comportamentului antisocial nu exclusiv în timpul evoluției schizofreniei sau episoadelor maniacale.

301.83 Tulburarea de personalitate de tip borderline

Elementul esențial al acestei tulburări este un pattern pervasiv de instabilitate a imaginii de sine, a relațiilor interpersonale și a dispoziției, începînd de timpuriu în viața adultă și prezent într-o varietate de contexte.

O perturbare de identitate marcată și persistentă este aproape invariabil prezentă. Aceasta este adesea pervasivă și se manifestă prin incertitudine în legătură cu diverse aspecte ale vieții, cum ar fi imaginea de sine, orientarea sexuală, planificarea pe termen lung, alegerea carierei, prietenilor, partenerilor sexuali sau adoptarea valorilor. Persoana experientează adesea această instabilitate a imaginii de sine cu insatisfacție și dezgust.

Relațiile interpersonale sînt de regulă instabile și intense, și pot fi caracterizate prin alternarea extremelor de supraidealizare și de depreciere. Acești oameni au dificultăți în a suporta să fie singuri și vor face eforturi disperate spre a evita abandonul real sau imaginar.

Instabilitatea afectivă este comună. Aceasta poate fi evidențiată prin treceri marcate de la dispoziția de bază spre depresie, iritabilitate sau anxietate, durînd de regulă cîteva ore sau, mai rar, cîteva zile. În plus, acești oameni au adesea o mînie extrem de intensă sau o lipsă de control a mîniei lor, cu manifestări frecvente de furie sau bătaie. Ei tind a fi impulsivi în special în activitățile care sînt potențial autoprejuduciabile, cum ar fi accesele de cumpărături, abuzul de substanțe psihoactive, conducerea imprudentă (a unui autovehicul), relațiile sexuale casuale, furtul din magazine și excesele alimentare.

Amenințările, gesturile sau comportamentul suicidar recurent, și alt comportament automutilant (de exemplu, escoriații la nivelul articulației pumnului) sînt comune în formele mai severe ale tulburării. Acest comportament care poate servi și la manipularea altora, poate fi rezultatul unei mînii intense sau pate contracara sentimentul de „anestezie" și depersonalizare care apare în timpul perioadelor de stres extrem.

Unii conceptualizează această tulburare ca un nivel de organizare a personalității mai curînd decît o tulburare specifică de personalitate.

Elemente asociate. Frecvent această tulburare se însoțește de multe elemente ale altor tulburări de personalitate, cum ar fi tulburările de personalitate de tip schizotipal, istrionic, narcisist și antisocial. În multe cazuri este justificat mai mult decît un singur diagnostic. Foarte adesea sînt observate opoziția socială și o viziune pesimistă generală. Alternarea între dependență și afirmarea de sine este comună. În timpul perioadelor de stres extrem pot surveni simptome psihotice, dar în general acestea sînt de insuficientă severitate sau de durată pentru a justifica un diagnostic adițional.

Deteriorarea. Adesea există o interferență considerabilă cu activitatea socială și profesională.

Complicații. Complicațiile posibile includ distimia, depresia majoră, abuzul de substanțe psihoactive și tulburările psihotice, cum ar fi psihoza activă scurtă. Moartea prematură poate fi consecința suicidului.

Rata sexului. Tulburarea este diagnosticată mai frecvent la femei.

Prevalența. Tulburarea de personalitate de tip borderline este după cît se pare comună.

Factorii predispozanți și pattern familial. Nici o informație.

Diagnostic diferențial. În *tulburarea de identitate* există un tablou clinic similar, dar tulburarea de personalitate de tip borderline prevalează asupra diagnosticului de tulburare de identitate dacă sînt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de personalitate, tulburarea este suficient de pervasivă și de persistentă și este improbabil că ea va fi limitată la un stadiu de dezvoltare. În *ciclotimie* există de asemenea instabilitate afectivă, dar în tulburarea de personalitate de tip borderline (fără o tulburare afectivă coexistentă) nu există episoade hipomoniacale. În unele cazuri, însă ambele tulburări pot fi prezente.

Criterii de diagnostic pentru 301.88
Tulburarea de personalitate de tip borderline

Un pattern pervasiv de instabilitate de dispoziție, relații interpersonale, și imagine de sine, începînd de timpuriu în viața adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puțin *cinci* din următoarele :

1) un pattern de relații interpersonale instabile și intense caracterizat prin alternarea între extremele de supraidealizare și depreciere.

2) impulsivitatea în cel puțin două arii care sunt potențial autoprejudiciante, de exemplu, cheltuieli, sex, uz de substanță, furt din magazine, conducerea imprudentă (a unui autovehicul), mîncat excesiv (A nu se include comportamentul suicidar sau automutilant cuprins la pct. 5).

3) instabilitate afectivă ; treceri marcate de la dispoziția de bază spre depresie, iritabilitate sau anxietate, durînd cîteva ore și numai rar mai mult de cîteva zile.

4) mînie intensă, inoportună, sau lipsa de control a mîniei, de exemplu, frecvente manifestări de furie, mînie constantă, bătăi repetate.

5) amenințări, gesturi sau comportament suicidar recurent sau comportament automutilant.

6) perturbare marcată și persistentă de identitate manifestată prin incertitudine în legătură cu cel puțin două din următoarele ; imaginea de sine, orientarea sexuală, scopurile pe termen lung sau alegerea carierei, tipul de amici doriți, valorile preferate.

7) sentimentul cronic de insatisfacție și dezgust.

8) eforturi disperate de a evita abandonul real sau imaginar (A nu se include comportamentuli suicidar sau automutilant de la pct. 5).

301.50. Tulburarea de personalitate de tip istrionic

Elementul esențial al acestei tulburări este un pattern pervasiv de emoționalitate excesivă și de căutare a atenției, începînd de timpuriu în viața adultă și prezent într-o varietate de contexte. În alte clasificări aceatsă categorie este denumită personalitate isterică.

Oamenii cu această tulburare caută sau cer constant reasigurare, aprobare sau laudă din partea altora și sunt deranjați de situațiile în care nu sunt în centrul atenției. În mod caracteristic, ei manifestă o schimbare rapidă și o expresie superficială a emoțiilor. Comportamentul lor este extrem de reactiv și intens exprimat, stimuli minori dînd naștere la excitabilitate emoțională. Emoțiile sunt exprimate adesea cu o exagerare inadecvată, de exemplu, persoana poate pare mult mai tristă, mai furioasă sau mai încîntată decît ar fi justificat. Oamenii cu această tulburare tind a fi foarte preocupați de ei înșiși și au foarte puțină sau nici o toleranță la frustrarea de o gratificație care întîrzie. Acțiunile lor sînt îndreptate spre obținerea satisfacției imediate.

Acești oameni sînt de regulă atrăgători și seducători, adesea pînă la punctul de a pare extravaganți și că acționează inadecvat. Ei sînt de regulă extrem de preocupați de atracția lor fizică. În plus, stilul lor de a vorbi tinde a fi figurativ și lipsit de detalii. De exemplu, o persoană poate descrie concediul său fiind „fantastic" fără a fi capabilă să ofere nici cel mai mic detaliu.

Elemente asociate. Oamenii cu această tulburare sînt vivaci și teatrali și atrag totdeauna atenția asupra lor. Ei sînt înclinați la exagerare în relațiile lor interpersonale și adesea joacă rolul de „victimă" sau de „prințesă", fără a fi conștienți de aceasta. Ei doresc cu ardoare noutatea, stimularea, excitația și se plictisesc rapid de rutina normală. Alții se percep frecvent pe ei înșiși ca fiind încîntători și atrăgători la suprafață, dar lipsiți de autenticitate. Ei sînt adesea foarte repede dispuși să lege amiciții, dar odată ce o relație a fost stabilită, ea poate deveni egocentrică și lipsită de considerație. Pot cere constant reasigurare din cauza sentimentului de neajutorare și de dependență. Acțiunile lor sînt adesea inconsecvente și pot fi interpretate eronat de alții.

În relațiile sexuale, ei încearcă să controleze sexul opus sau să intre într-o relație de dependență. Fugile într-o fantezie romantică sunt frecvente. Calitatea reală a relațiilor lor sexuale este variabilă. Unii sînt promiscui, alții naivi și areactivi sexual, iar alții, după cît se pare normali în adaptarea lor sexuală.

De regulă, acești oameni manifestă puțin interes pentru creația intelectuală și gîndirea exactă, analitică, dar ei sînt adeseae creativi și imaginativi.

Oamenii cu această tulburare tind a fi impresionabili și ușor de influențat de alții sau de capricii. Ei sînt capabili de a fi extrem de încrezători în alții și sugestionabili și de a prezenta o reacție inițial pozitivă la orice reprezentant puternic al autorității care, cred ei, poate oferi o soluție magică pentru problemele lor. Deși ei adoptă convingeri ferm și rapid, judecata lor nu este solid ancorată și adesea le joacă feste.

Frecvent pot fi prezente acuze de stare rea a sănătății, cum ar fi lipsa de forță sau cefaleea, ori sentimentul subiectiv de depersonalizare. În timpul perioadelor de stres extrem, oamenii cu această tulburare pot experienta simptome psihotice tranzitorii, dar ele sînt în general de insuficientă severitate sau durată pentru a justifica un diagnostic adițional.

Deteriorarea. Relațiile interpersonale sînt de regulă furtunoase și ingratifiante.

Complicații. Complicațiile includ psihoza reactivă, tulburarea de conversie și tulburarea de somatizare.

Factori predispozanți. Nici o informație.

Prevalența și rata sexului. Tulburarea este după cît se pare comună și este diagnosticată mult mai frecvent la femei decît la bărbați.

Pattern familial. Tulburarea este după cît se pare mai comună printre rudele biologice de gradul unu ale oamenilor cu această tulburare decît în populația generală.

Diagnostic diferențial. În *tulburarea de somatizare,* acuzele de suferință somatică domină tabloul clinic, deși elementele istrionice sînt comune. În multe cazuri, tulburarea de somatizare și tulburarea de personalitate de tip istrionic coexistă, *Tulburarea de personalitate de tip borderline* este adesea prezentă ; în astfel de cazuri, ambele diagnostice vor fi puse.

În *tulburarea de personalitate de tip dependent,* persoana este de asemenea extrem de dependentă de alții pentru laudă și îndrumare, dar lipsesc elementele emoționale extravagante ale tulburării de personalitate de tip istrionic. Oamenii cu *tulburare de personalitate de tip narcisist* sînt de asemenea excesiv de autocentrați, dar de regulă sînt preocupați de un exagerat sentiment de sine și de invidie intensă.

Criterii de diagnostic pentru 301.50
Tulburarea de personalitate de tip histrionic

Un partener pervasiv de emoționalitate excesivă și de căutare a atenției, începînd de timpuriu în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puțin *patru* din următoarele :

1) caută constant sau cere reasigurare, aprobare sau laudă.

2) persoana este improprie ca seducție sexuală în aspect sau comportament.

3) persoana este extrem de preocupată de atrația (sa) fizică.

4) își exprimă emoțiile cu o exagerare inadecvată, de exemplu, îmbrățișează cunoștințele casuale cu o ardoare excesivă, plîns cu suspine, incontrolabil, în ocazii sentimentale minore, are accese de furie.

5) este deranjată de situațiile în care nu este centrul atenției.

6) prezintă o schimbare rapidă și o expresie superficială a emoțiilor.

7) este autocentrată, acțiunile fiind orientate spre obținerea de satisfacție imediată, nu are nici o toleranță pentru frustrarea de o gratificație care întîrzie.

8) are un stil de a vorbi care este excetiv de impresionist și lipsit de detalii, de exemplu, cînd este pusă să-și descrie mama, persoana nu poate fi mai explicită decît că „ea era o persoană frumoasă".

301.81. Tulburarea de personalitate de tip narcisist

Elementul esențial al acestei tulburări este un pattern pervasiv de grandoare (în fantezie sau comportament), susceptibilitatea anormală la evaluarea de către alții, și lipsă de empatie, care începe de timpuriu în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte.

Oamenii cu această tulburare au un sentiment exagerat al importanței de sine. Ei tind a exagera realizările și talentele lor și se așteatpă să fie notați ca „special" chiar fără o realizare corespunzătoare. Ei simt adesea că din cauza „felului lor special de a fi", problemele lor sînt unice și pot fi înțelese numai de anumiți oameni. Frecvent, acest sentiment al im-

portanței de sine alternează cu sentimentul de lipsă de valoare specială. Exemplu, un student care se așteaptă la A și primește nota A minus poate exprima în acel moment, opinia că el este arătat tuturor ca un eșec. Din contră, obținînd un A, studentul se poate simți fraudulos și incapabil să guste plăcerea sinceră ca dintr-o realizare reală.

Acești oameni sînt preocupați de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumusețe sau de amor ideal, și de sentimentul cronic de invidie față de cei pe care-i percep ca avînd mai mult succes decît ei. Deși aceste fantezii se substituie frecvent activității reale, cînd astfel de obiective sînt urmărite în realitate, aceasta este făcută adesea de o manieră impusă, neplăcută și cu o ambiție care nu poate fi satisfăcută.

Stima de sine este aproape invariabil foarte fragilă ; persoana poate fi preocupată de cît de bine este făcută și de cît de bine este văzută de ceilalți. Aceasta ia adesea forma unei neiesități aproape exhibiționistice de atenție și admirație constantă. Persoana poate cerși în mod constant complimente, adesea cu mare farmec. Drept răspuns la critică, ea poate reacționa cu furie, rușine, sau umilință, dar maschează aceste sentimente cu o aură de indiferență rece.

Relațiile interpersonale sînt invariabil perturbate. Lipsa de empatie (incapacitatea de a recunoaște și experienta ceea ce simt alții) este des întîlnită. De exemplu, persoana poate fi incapabilă să înțeleagă de ce un amic al cărui tată a decedat recent nu dorește să meargă la o petrecere. Un sentiment de îndreptățire, o așteptare nejustificată la un tratament extrem de favorabil, este de regulă prezent. De exemplu, o astfel de persoană poate considera că ea nu trebuie să aștepte la rînd, ca alții. Exploatarea interpersonală, în care alții sînt înșelați în scopul realizării propriilor scopuri sau pentru automărire, este comună. Amicițiile sînt adesea făcute numai după ce persoana stabilește cît poate profita din ele. În relațiile romantice, partenerul este tratat adesea ca obiect de utilizat pentru a susține stima de sine a persoanei.

Elemente asociate. Frecvent, multe din elementele tulburării de personalitate de tip istrionic, borderline și antisocial sînt prezente ; în unele cazuri poate fi justificat mai mult decît un diagnostic adițional.

Dispoziția depresivă este extrem de comună. Adesea, persoana este penibil de timidă și preocupată de faptul de a fi

atrăgătoare şi de a rămîne tînără. Insuficienţele personale, defectele sau comportamentul iresponsabil pot fi justificate prin raţionalizare sau minciună. Sentimentele pot fi falsificate cu scopul de a impresiona pe ceilalţi.

Deteriorare. O oarecare deteriorare în relaţiile interpersonale este inevitabilă. Activitatea profesională poate fi împiedicată de dispoziţia depresivă, dificultăţile interpersonale sau urmărirea unor scopuri nerealiste. În alte cazuri, activitatea profesională poate fi crescută de setea ardentă de succes.

Complicaţii. Distimia şi tulburările psihotice, cum ar fi psihoza reactivă scurtă, sînt complicaţii posibile. Depresia majoră poate surveni pe măsură ce persoana se apropie de etatea medie şi este afectată de conştientizarea limitelor fizice şi profesionale, care devin evidente în acest stadiu al vieţii.

Prevalenţa. Această tulburare pare a fi mai frecventă în prezent decît în trecut, dar acest fapt se poate datori numai interesului mai mare pentru ea.

Factori predispozanţi, rata sexului şi pattern familial. Nici o informaţie.

Diagnostic diferenţial. Tulburările de personalitate de tip borderline, istrionic şi antisocial sînt de asemenea prezente adesea ; în astfel de cazuri, pot fi puse diagnostice multiple. Însă, comparativ cu tulburarea de personalitate de tip antisocial, oamenii cu tulburarea de personalitate de tip narcisist tind a fi mai puţin impulsivi, iar reclama lor este făcută mai mult pentru promovarea sentimentului de îndreptăţire şi putere decît pentru cîştig material. Ei prezintă mai puţină exagerare emoţională decît oamenii cu tulburare de personalitate de tip istrionic şi sînt mai puţin intens implicaţi cu, sau dependenţi de alţii. Oamenii cu tulburarea narcisistă de personalitate tind de asemenea a avea o identitate mai coerentă şi a fi mai puţin impulsivi şi emotivi decît oamenii cu tulburarea de personalitate de tip borderline.

Criterii de diagnostic pentru 301.81
Tulburarea de personalitate de tip narcisist

Un pattern pervasiv de grandoare (în fantezie sau comportament), lipsa de empatie, și susceptibilitate anormală la evaluarea altora ,începînd de timpuriu în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puțin *cinci* din următoarele :

1) reacționează la critică cu furie, rușine sau umilință (chiar dacă nu este exprimată).

2) este exploatator interpersonal : înșală pe alții spre a-și realiza propriile scopuri.

3) are un sentiment exagerat al importanței de sine, de exemplu, își exagerează realizările și talentele, așteaptă să fie remarcat ca „special", fără nici o realizare corespunzătoare.

4) crede că problemele sale sunt unice și pot fi înțelese numai de anumiți oameni.

5) este preocupat de fantezii de succes nelimitat, putere, strălucire, frumusețe sau umor ideal.

6) are un sentiment de îndreptățire ; așteptarea nejustificată a unui tratament extrem de favorabil, de exemplu, consideră că nu trebuie să aștepte la rînd, pe cînd alții trebuie s-o facă.

7) cere atenție și admirație constantă, de exemplu, ține să pescuiască complimente.

8) lipsa de empatie : incapacitte de a recunoaște și experima ceea ce simt alții, de exemplu, iritare și surpriză cînd un amic care este suferind geav revocă o întîlnire.

9) este preocupat de sentimentul de invidie.

GRUPA C

301.82. Tulburarea de personalitate de tip evitant

Elementul esențial al acestei tulburări este un pattern pervasiv de disconfort social, teamă de apreciere negativă și timiditate, începînd de timpuriu în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte.

Cei mai mulți oameni sînt preocupați într-o oarecare măsură de modul cum îi consideră ceilalți, dar cei cu această tulburare sînt ușor de lezat prin critică și sînt distruși de cel mai mic semn de dezaprobare. În general ei nu sînt dispuși să intre în relații decît dacă li se dă o garanție extrem de fermă de acceptare necritică ; de aceea, ei nu au adesea amici sau confidenți apropiați (sau au numai unul), alții decît rude de gradul unu.

Activitățile sociale sau profesionale care implică un contact interpersonal important tind să fie evitate. De exemplu, o avansare care va crește exigențele sociale poate fi refuzată. În situații sociale, acești oameni sînt reticenți din cauza fricii de a nu spune ceva inadecvat sau stupid, sau de a fi incapabili să răspundă la întrebări. Ei se tem să nu fie puși în dificultate prin faptul de a roși, de a țipa, sau de a prezenta semne de anxietate în fața altor oameni.

Timiditatea generalizată creează rezistență la a face ceva care va devia de la rutina normală a persoanei. Adesea, dificultățile potențiale, pericole fizice sau riscurile implicate în a face ceva banal, dar în afara activităților uzuale ale persoanei, sînt exagerate. De exemplu, persoana poate anula o excursie importantă din cauza posibilității minime ca o ploaie serioasă să facă condusul autovehiculului periculos.

Contrar oamenilor cu tulburări de personalitate de tip schizoid, care sînt izolați social și nu au nici o dorință pentru relații sociale, cei cu tulburare de personalitate de tip evitant duc dorul după afecțiune și acceptare. Ei suferă din cauza lipsei lor de abilitate de a se pune în legătură în mod confortabil cu alții.

Elemente asociate. Depresia, anxietatea și supărarea pe sine însuși pentru incapacitatea de a dezvolta relații sociale sînt experimentate frecvent. Fobii specifice pot fi de asemenea prezente.

Deteriorare. Relațiile sociale sînt, prin definiție, restrînse sever. Activitatea profesională poate fi deteriorată, în special dacă este cerută implicare interpersonală.

Complicații. Fobia socială poate fi o complicație a acestei tulburări.

Factorii predispozanți. Tulburarea evitantă a copilăriei sau adolescenței predispune la dezvoltarea acestei tulburări. În afară de aceasta, maladii fizice desfigurante pot predispune de asemenea la dezvoltarea sa.

Prevalență. Tulburarea de personalitate de tip evitant este, după cît se pare, comună.

Pattern familial. Nici o informație.

Diagnostic diferențial. În tulburarea de personalitate de *tipschizoid* există de asemenea izolare socială, dar nu există nici o dorință sau doar foarte puțină de implicare socială și indiferență la critică. Oamenii cu tulburarea de personalitate de tip evitant pot uneori apare ca dependenți, deoarece odată

ce ei au reușit să formeze o relație, tind a fi foarte aderenți și temători să n-o piardă.

În *fobia socială* umilirea este o preocupare ; dar de regulă o situație specială, cum ar fi vorbitul în public, este evitată mai curînd decît relațiile personale. Însă, după cum s-a arătat la complicații, aceste tulburări pot coexista. Cînd *agorafobia* este prezentă, comportamentul evitant poate fi relativ pervasiv, dar este datorat fricii de a se afla în locuri sau situații unde ajutorul nu poate fi accesibil.

În *tulburarea evitantă a copilăriei sau adolescenței* există un tablou clinic similar, dar tulburarea de personalitate de tip evitant primează față de acest diagnostic dacă sînt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de personalitate, perturbarea este suficient de prevasivă și persistentă și este improbabil că ea va fi limitată la un stadiu de dezvoltare.

Criterii de diagnostic pentru 301.82
Tulburarea de personalitate de tip evitant

Un pattern pervasiv de disconfort social, teamă de aprecieri negative și timiditate, începînd de timpuriu în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puțin *patru* din următoarele :

1) este ușor de lezat prin critică sau dezaprobare.

2) nu are amici sau confidenți apropiați (sau numai unul) alții decît rude de gradul unu.

3) nu dorește să fie implicat cu oamenii, fără a fi sigur că este dorit

4) evită activitățile sociale și profesionale care comportă un contact social important, de exemplu, refuză o avansare care va crește exigențele sociale

5) este reticent în situații sociale din cauza temerii de a nu spune ceva inadecvat sau stupid, ori de a fi incapabil să răspundă la întrebări

6) teama de a nu fi pus în dificultate din cauza faptului de a roși, de a striga, sau de a prezenta semne de anxietate în prezența altor oameni

7) exagerează dificultățile potențiale, pericolele fizice, sau riscurile pe care le comportă faptul de a face ceva comun dar în afara rutinei sale uzuale, de exemplu, poate anula planuri sociale deoarece anticipează că va fi epuizat de efortul de a le realiza.

301.60 Tulburarea de personalitate de tip dependent

Elementul esenţial al acestei tulburări este un pattern pervasiv de comportament dependent şi submisiv de timpuriu în perioada adultă şi prezent într-o varietate de context.

Oamenii cu această tulburare sînt incapabili să ia deciziile de fiecare zi fără o cantitate excesivă de avize şi reasigurări din partea altora şi chiar permite altora să ia cele mai multe din deciziile importante. De exemplu, un adult cu această tulburare îşi va asuma de regulă un rol pasiv şi va permite soţiei (soţului) să decidă unde vor locui, ce fel de serviciu să aibă, şi cu care vecini să fie amabil. Un copil sau adolescent cu această tulburare va permite părinţilor (părintelui) să decidă cum să se îmbrace el, cu cine să se asocieze, cum să-şi petreacă timpul liber, şi ce şcoală sau colegiu să urmeze.

Această dependenţă excesivă de alţii duce la dificultăţi în a iniţia proiecte sau în a întreprinde ceva. Oamenii cu această tulburare se simt dezolaţi şi neajutoraţi cînd sînt singuri, şi pot merge la mari distanţe spre a evita să rămână singuri. Ei sînt distruşi cînd se termină relaţiile strînse, şi tind a fi cuprinşi de teama de a nu fi abandonaţi.

Aceşti oameni sînt uşor de lezat de critică şi dezaprobare şi tind a se subordona altora, sînt de acord cu ceilalţi chiar cînd cred că aceştia nu au dreptate, de teama de a nu fi rejectaţi. Ei pot face de bunăvoie lucruri care sînt neplăcute sau înjositoare cu scopul de a-i determina pe ceilalţi să-i placă.

Elemente asociate. Frecvent este prezentă şi o altă tulburare de personalitate, cum ar fi tulburarea de personalitate de tip istrionic, schizotipal, narcistic, sau evitant. Anxietatea şi depresia sînt comune.

Oamenii cu această tulburare sînt invariabil lipsiţi de încredere în ei înşişi. Ei tind a-şi minimaliza capacităţile şi calităţile. De exemplu, o persoană cu această tulburare se poate referi în mod constant la sine ca fiind „stupidă". Ei pot uneori căuta sau stimula hiperprotecţia şi dominarea la alţii.

Deteriorare. Activitatea profesională poate fi deteriorată dacă serviciul cere independenţă. Relaţiile sociale tind a fi limitate la cele cu puţinii oameni de care persoana este dependentă.

Complicaţii. Tulburarea distimică şi depresia majoră sînt complicaţii comune.

Factori predispozanţi. Maladii somatice cronice pot predispune la dezvoltarea acestei tulburări la copii şi adolescenţi.

Unii cred că anxietatea de separare predispune la dezvoltarea tulburării de personalitate de tip dependent.

Prevalența și rata sexului. Tulburarea este, după cît se pare, comună și este diagnosticată mai frecvent la femei.

Pattern familial. Nici o informație.

Diagnostic diferențial. Comportamentul dependent este comun în *agorafobie*, dar este foarte posibil, ca persoana să insiste activ ca alții să-și asume responsabilitatea, pe cînd în tulburarea de personalitate de tip dependent, persoana menține pasiv o relație de dependență.

Criterii de diagnostic pentru 301.60
Tulburarea de personalitatea de tip dependent

Un pattern pervasiv de comportament dependent începînd de timpuriu în viața adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puțin *cinci* din următoarele:

1) este incapabil să ia deciziile de fiecare zi fără o cantitate excesivă de avize și reasigurări din partea altora
2) permite altora să ia cele mai multe din deciziile importante referitoare la sine, de exemplu, unde să locuiască, ce serviciu să-și ia
3) este de acord cu oamenii chiar cînd aceștia nu au dreptate, din cauza temerii de a nu fe rejectat
4) are dificultăți în a iniția proiecte sau în a întreprinde ceva din proprie inițiativă
5) de bunăvoie face lucruri care sînt neplăcute sau înjositoare cu scopul de a determina pe ceilalți să-l placă
6) se simte dezolat și neajutorat cînd este singur sau merge la mari distanțe spre a evita să fie singur
7) se simte distrus și neajutorat cînd relațiile strînse se termină
8) este frecvent cuprins de teama de a nu fi abandonat
9) este ușor de lezat prin critică sau dezaprobare

301.40 Tulburarea de personalitate de tip obsesivo-compulsiv

Elementul esențial al acestei tulburări este un pattern pervasiv de perfecționism și inflexibilitate, începînd de timpuriu în viața adultă și prezent într-o varietate de contexte.

Acești oameni aspiră constant la perfecțiuneè dar această aderență la standardele lor proprii extrem de stricte și adesea intangibile interferează cu îndeplinirea reală a sarcinilor

şi proiectelor. Nici un lucru oricît ar fi de bine realizat nu pare a fi suficient de bine făcut. Preocuparea pentru reguli, eficienţă, detalii insignifiante, proceduri, sau formă interferează cu capacitatea de a avea o viziune largă asupra lucrurilor. De exemplu, o astfel de persoană avînd rău plasată o listă a lucrurilor ce trebuie făcute, va risipi o mare cantitate de timp, căutînd lista mai curînd decît să piardă cîteva momente pentru a o recupera din memorie şi să treacă apoi la îndeplinirea sarcinilor. Timpul este repartizat necorespunzător, cele mai importante sarcini fiind lăsate pentru ultimul moment.

Oamenii cu această tulburare sînt totdeauna atenţi la statutul lor relativ în relaţiile de dominare-submisiune. Deşi se opun autorităţii altora, ei insistă cu obstinaţie şi nejustificat ca ceilalţi să se conformeze modului lor de a face lucrurile.

Munca şi productivitatea sînt duse pînă la excluderea plăcerii şi a relaţiilor interpersonale. Adesea există preocupări pentru logică şi intelect şi intoleranţă la comportamentul afectiv al altora. Referitor la plăcere, aceasta este ceva ce trebuie planificat şi muncit pentru ea. Cu toate acestea, persoana ţine să-şi amîne, de regulă, activitatea plăcută, cum ar fi concediul, astfel că aceasta poate să nu survină niciodată.

Luarea de decizii este evitată, amînată, tergiversată, poate şi din cauza unei frici insolite de a nu face vreo eroare. De exemplu, sarcinile nu pot fi efectuate la timp din cauză că persoana ruminează în legătură cu priorităţile. Această indecizie poate determina persoana să reţină obeicte deteriorate, inutile, chiar cînd ele nu au nici o valoare sentimentală.

Oamenii cu această tulburare tind a fi excesiv de conştiincioşi, moralişti, scrupuloşi şi critici cu ei înşişi şi cu alţii, de exemplu, consideră că vecinul comite un „păcat" lăsînd bicicleta fiului său afară în ploaie.

Oamenii cu această tulburare sînt parcimonioşi cu emoţiile şi posesiunile lor materiale. Ei tind a nu-şi exprima sentimentele şi oferă rar bacşiş sau cadouri. Relaţiile de fiecare zi au un caracter convenţional, formal şi serios. Alţii percep adesea aceşti oameni ca fiind preţioşi şi „rigizi".

Elemente asociate. Oamenii cu această tulburare se pot plînge de dificultăţi în exprimarea sentimentelor mai tandre. Ei pot experienta o suferinţă considerabilă din cauza indeciziei lor şi a ineficienţei generale. Limbajul lor poate fi circumsanţial. Dispoziţia depresivă este comună. Aceşti oameni au o necesitate extrem de puternică de a fi sub control. Cînd

sînt incapabili să controleze pe alţii, o situaţie sau ambianţa lor, ei ruminează adesea în legătură cu situaţia şi devin iritabili, deşi iritarea, de regulă, nu este exprimată direct. (De exemplu, un om poate fi iritat cînd serviciul într-un restaurant este necorespunzător, dar în loc să se adreseze directorului se gîndeşte la cît bacşiş să lase la plecare). Frecvent există o sensibilitate extremă la critica socială, în special dacă aceasta vine de la cineva cu un statut sau autoritate considerabilă.

Deteriorare. Frecvent, această tulburare este foarte incapabilă, în special în efectele sale asupra activităţii funcţionale.

Complicaţii. Tulburarea obsesivo-compulsivă, ipocondria, depresia majoră şi distimia pot fi complicaţii. Multe din elementele tulburării de personalitate de tip obsesivo-compulsiv sînt, după cît se pare, prezente la oamenii care dezvoltă infarct miocardic, în special la cei cu suprapunere de trăsături de personalitate de „tip A", sentimentul presant al timpului (time urgency), ostilitate, agresivitate şi competitivitate exagerată.

Factori predispozanţi. Nici o informaţie.

Prevalenţa şi rata sexului. Tulburarea pare a fi comună şi este diagnosticată mai frecvent la bărbaţi.

Pattern familial. Tulburarea este, după cît se pare, mai frecventă printre rudele biologice de gradul unu ale oamenilor cu această tulburare decît în populaţia generală.

Diagnostic diferenţial. În tulburarea obsesivo-compulsivă există, prin definiţie, obsesii şi compulsiuni veritabile, care nu sînt prezente în tulburarea de personalitate de tip obsesivo-compulsiv. Însă, dacă sînt satisfăcute criteriile ambelor tulburări, vor fi puse ambele diagnostice.

Criterii de diagnostic pentru 301.40
Tulburarea de personalitate de tip obsesivo-compulsiv

Un pattern pervasiv de perfecţionism şi inflexibilitate, începînd de timpuriu în viaţa adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puţin *cinci* din următoarele :

1) perfecţionism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor, de exemplu, incapacitatea de a realiza un proiect din cauză că nu sînt satisfăcute standardele personale foarte stricte

2) preocuparea pentru detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau orarii, mergînd pînă acolo că problema majoră a activității este pierdută

3) insistența irațională ca alții să se supună exact modului său de a face lucrurile *sau* opoziția sa irațională de a permite altora să facă anumite lucruri datorită convingerii sale că aceștia nu le vor face corect

4) devoțiune excesivă față de muncă și productivitate mergînd pînă la excluderea activităților recreaționale și a amiciților (nejustificate de necesități economice evidente)

5) indecizie: luarea deciziilor este fie evitată, amînată, fie tergiversată, de exemplu, persoana nu-și poate îndeplini la timp sarcinile din cauza ruminației în legătură cu prioritățile (nu se include dacă indecizia se datorește necesității excesive de informație sau de reasigurare din partea altora)

6) hiperconștiinciozitate, scrupulozitate și inflexibilitate în legătură cu probleme de moralitate, etică sau valori nejustificate prin identificarea culturală sau religioasă)

7) exprimare restrînsă a afecțiunii

8) lipsa de generozitate în a oferi timp, bani sau cadouri cînd este probabil că nu va rezulta un avantaj personal

9) incapacitatea de a renunța la obiecte deteriorate sau inutile chiar cînd nu au valoare sentimentală.

301.84. Tulburarea de personalitate de tip pasiv-agresiv

Elementul esențial al acestei tulburări este un pattern pervasiv de rezistență pasivă la cererile pentru o performanță socială și profesională adecvată, începînd de timpuriu în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte. Rezistența este exprimată mai curînd indirect decît direct și duce la ineficacitate socială și profesională persistentă și pervasivă chiar cînd este posibil un comportament mai autoafirmativ și mai eficient. Numele acestei tulburări este bazat pe presupunerea că astfel de oameni își exprimă pasiv agresiunea mascată.

Oamenii cu această tulburare sînt, de regulă, iritați și se opun cererilor de creștere sau menținere a unui nivel de activitate. Aceasta survine cel mai clar în situații de muncă, dar este de asemenea evident și-n activitatea socială. Rezistența este exprimată indirect, prin manevre cum ar fi tergiversarea, indolența, obstinația, ineficiența intenționlă și „uitarea". Acești oameni obstrucționează eforturile altora prin a nu-și aduce contribuția în muncă. De exemplu, cînd șeful

dă unui subordonat un material pentru a fi revizuit pentru şedinţa din dimineaţa următoare, în loc să se plîngă că nu are timp să facă lucrarea, subordonatul poate rătăci sau pune într-un loc necorespunzător materialul şi îşi atinge astfel scopul prin rezistenţa pasivă la sarcina trasată.

Aceşti oameni devin indispuşi, irascibili sau cverulenţi cînd li se cere să acă ceva ce ei nu doresc. Ei protestează în faţa altora în legătură cu cît de absurde sînt lucrurile care li se cer, şi le displac sugestiile utile din partea altora referitoare la cum să fie mai productivi. Ca rezultat al opoziţiei lor la cereri, ei critică sau ironizează persoanele cu autoritate (conducătorii) care le cer să facă ceva.

Elemente asociate. Adesea, oamenii cu această tulburare sînt dependenţi şi lipsiţi de încredere în sine. De regulă, ei sînt pesimişti în legătură cu viitorul, dar nu realizează faptul că pentru dificultăţile lor este responsabil chiar comportamentul lor.

Deteriorare. Aceşti oameni sînt ineficienţi atît social, cît şi profesional din cauza comportamentul lor pasiv-agresiv. De exemplu, din cauza ineficienţei lor intenţionate nu li se oferă avansări profesionale. O casnică cu această tulburare nu spală sau nu-şi face provizii de alimente din cauza tergiversării şi indolenţei.

Complicaţii. Complicaţiile includ frecvent depresia majoră, distimia şi abuzul sau dependenţa de alcool.

Factorii predispozanţi. Tulburarea, opoziţionismul provocator în copilărie sau adolescenţă predispune, după cît se pare, la dezvoltarea acestei tulburări.

Prevalenţa, rata sexului şi pattern familial. Nici o informaţie.

Diagnostic diferenţial. În tulburarea opoziţionismului provocator, tabloul clinic poate fi similar, şi acest diagnostic primează faţă de diagnosticul de tulburare de personalitate de tip pasiv-agresivă dacă persoana are sub 18 ani.

Manevrele pasiv-agresive care sînt utilizate în anumite situaţii în care comportamentul agresiv este descurajat sau realmente sancţionat, dar care nu sînt o parte a unui pattern pervasiv de funcţionare a personalităţii, nu justifică acest diagnostic.

Criterii de diagnostic pentru 301.84
Tulburarea de personalitate de tip pasiv-agresiv

Un pattern pervasiv de rezistență pasivă la exigențele unei performanțe sociale și profesionale adecvate, începînd de timpuriu în viața adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puțin *cinci* din următoarele:

1) tergiversează, adică amînă lucrurile care trebuie făcute, astfel că nu sînt respectate termenele

2) devine indispus, iritabil, certăreț cînd este pus să facă ce nu dorește

3) pare a lucra în mod deliberat mai încet sau execută rău sarcinile sau lucrurile pe care realmente nu dorește să le îndeplinească

4) protestează, fără justificare, contra faptului cum că alții au pretenții exagerate de la el

5) evită obligațiile, pertextînd că „a uitat"

6) crede că depune o activitate mult mai bună decît consideră alții că o face

7) îi irită sugestiile utile din partea altora referitoare la modul cum poate deveni mai productiv

8) obstrucționează eforturile altora prin lipsa de participare la muncă

9) critică sau ironizează fără motiv oamenii cu funcții de conducere.

301.90. Tulburarea de personalitate FAS

Tulburările de funcționare a personalității, care nu sînt clasiifcate ca tulburare specifică de personalitate. Un exemplu este acela al elementelor a mai mult decît o singură tulburare de personalitate, dar care nu satisfac criteriile pentru nici una, deși cauzează o deteriorare semnificativă în activitatea socială sau profesională, ori suferință subiectivă. În DSM-III, aceasta este numită tulburare de personalitate de tip mixt.

Această categorie poate fi utilizată de asemenea cînd clinicianul consideră că o tulburare specifică de personalitate, neinclusă în această clasificare este oportună, de exemplu, tulburarea de personalitate de tip impulsiv, tulburarea de personalitate de tip imatur, tulburarea de personalitate de tip autodistructiv (vezi p. 389) sau tulburarea de personalitate de tip sadic (vezi p. 387). În astfel de cazuri, clinicianul trebuie să noteze tulburarea specifică de personalitate în paranteze, de exemplu, tulburare de personalitate FAS (tulburare de personalitate de tip autodestructiv).

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2816
Biblioteca Personală

BIBLIOGRAFIE

1) Assael M., et al. — *Dis nerv. System*, 1967, v. 28, p. 49.
2) Ackerman N. W. — *The Psychodynamics of Family Life*. New-York, 1964.
3) Amark C. — A study, in : *Alcoholism* — Stockholm, 1951.
4) Arthurs P. J. S., Cahoon E. B. — *Am. J. Psychiat.*, 1964, v. 120, p. 875.
5) Amati J., in : Documents pour la discussion au groupe pour le traitement des deliquents, in : *Wrld Hlth Org*, Kopenhagen, 1958.
6) Ainsworth M. D. — in : *Desprevation of Maternal care ; a reassessment of its Effects*. Geneva, 1962, p. 97.
7) Ahn P. O. şi colab., *Acta Psych. Scand. — 89(1)*, 41—45, 1994.
8) Allport, G. W. — *Structura şi dezvoltarea personalităţii* — Edit. Did. şi Ped., Bucureşti, 1981.
9) Anderson, E. V. — in : *Psychipathologie heute*. Stuttgart, 1962, p. 243.
10) Angell, R. J. — Chemical coding of behavior in the brain. *Science*, 16 april, 1965, vol. 148, nr. 3668.
11) Averbuch, A., Arnold, I., Babinschi, C. M. — *Manual de expertiza capacităţi de muncă*, Edit. de Stat pt. lit. ştiinţifică, 1953, p. 711.
12) Ajuriaguerra, J. — Etiopathogénie de l'arrieration, *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, 1971, p. 546.
13. Ajuriaguerra, J. — Les troubles du comportament et du caractere, *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*, 1971, p. 934—941.
14) Apley, I. — Probleme de pediatrie în practica de medicină generală. Tulburări afective şi de comportament. *Brit. med. J.*, 1965,
15) Anohin, P. K. — *Jurn. nevropat i psihiatr.*, 1956, 56, 7.
16) Avramovici, J. — Date asupra tulburărilor de comportament la un grup de copii epileptici de vîrstă şcolară, în : *A II-a Conf. Naţională de Psihiatrie*, Buc., 1969, p. 157.
17) Alexandrescu, I., Fliss, M., Hrimiuc, V. — Unele aspecte nevrotice ale personalităţilor dizarmonice de tip psihopatic, *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Bucureşti, 1969, p. 171.
18) Back, P. — *Ment. Helth*, 1964, v. 23, p. 117.
19) Binder, H. — *Schweiz med. Wschr.*, 1958, bd. 88, p. 827.
20) Binder, H. — *Schweiz med. Wschr.*, 1958, bd. 88, p. 893.
21) Baltaru, M., Moscovici, M., Balanovschi, G. — Stările reactive în dinamica evoluţiei psihopatiei. *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Buc., 1969, p. 172.
22) Basilescu, I., Ratescu, I., Sîrbu, V., Şerbănescu Tomorug, E. — Alcoolismul şi psihopatiile. *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Buc., 1969, p. 78.

23) Baan, P. A. H. — in : Seminar on the psychiatrie treatment of criminals and deliquents, *Wld-Hlth. Copenhagen*, 1958.
24) Bardis, C. — *Facteurs psychologiques et elements de prognostique de la readaptation professionelle des psychopathes et des anormaux mentaux*. Tolouse, 1961.
25) Beley, A. — *Ann. med. psychol.*, 1960, v. 118, t. 1, p. 237.
26) Bergman, V. — *Kombinhert abnorme Wesenszuge in neurotischen, Reaktionen*, Jena, 1961.
27) Bergman, B., in Leonhard : *Normale und abnorme Persönlichkeiten*, Berlin, 1964, p. 71.
28) Belciugăteanu — *Neurol. Psihiat. Neurochir.*, București, 1963, nr. 2, p. 58.
29) Becker, A. M. — *Nervenarzt*, 1959, bd. 30, p. 159.
30) Binder, H. — in : *Psyhiatrie der gegenwart. Forschung und Praxis*, Berlin, 1960, bd. 2, p. 180.
31) Binder, H. — in : *Psychiatria Gruhle*, Moskova, 1967.
32) Bider, J. — *Ann. med. psychol.*, 1960, v. 118, T.2, p. 376.
33) Birnbaum, M. — *New-Engl. J. Med.*, 1959, v. 261, p. 1220.
34) Bräutigam, W. — *Nervenarzt*, 1958, bd. 29, p. 445.
35) Bleuler, M., in : *Endokrinologische Psychiatrie*, Stuttgart, 1954.
36) Becker, W., — „The adolescents and the narcotics, *Ther gegenw.*, 107/11, 1968 (p. 1395—1403).
37) Bery, K. E. — The comprehensive researche, evaluation and assisstance forexceptionally children, *Except. Child.*, 1968, 33/3 (p. 223—228).
38) Bentler, P. M. — A note on the sexual problems of adolescent, *J. Child Psychol.*, 9/2, p. 125—129.
39) Berge, Andre — Mediul familial, în *Psihologia copilului*, sub redacția lui M. Debesse, Editura didactică și pedagogică, București, 1970, p. 281—289.
40) Berge, Andre — Fonction de l'adolescence dans la vie actuelle, Revue de *Neuropsch. inf. et d'Hygieène mentale de l'enfance*, nr. 10—11, 1964, p. 580.
41) Bara, S., Belciugăteanu, C., Broșteanu, F. — *Psihologie și pedagogie medicală — defectologie*, Ed. Medicală, 1962, p. 301 și 540.
42) Berenbaum, H., McGrew, J. — *Psychol. Medicine*, 23, 2, 327—328, 1993.
43) Bernasconi, S., Schweiz, Z. — Agresivity in children and adolescents considered from the sociopsychological point of viwe, *Psychol.*, 1966, 25/1.
44) Bilikievicz, T. — *Psichiatria cliniczna — P.Z.W.L. Warszawa*, 1960.
45) Blumenfeld, I. — Aspecte clinico-etiologice ale tulburărilor de comportament la copil și dificultățile aplicării unei terapii diferențiate, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 152.
46) Blumenfeld, I. — Cu privire la limitele diagnosticului de „tulburări de comportament" în psihiatria infantilă, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 172—173.
47) Bocher, W. — Căi și probleme ale înțelegerii personalității umane, *Rev. referate*, Buc., 1965, p. 1069—1077.
48) Bonnel, J. — L'examen psychometrique de l'adolescent et de l'adulte, *La revue de Medicine*, 1975, vol. 16, nr. 17, p. 1183—1189.
49) Bovet, L. — *Psichiatrics aspects of juvenile deliquency*, Geneva, 1951.

50) Bowbly, I. — *Maternal Care and Mental Health*, Geneva, 1952.
51) Bowbly, I. — *Brit J. med. Psychol.*, 1957, v. 30, p. 230.
52) Bowbly, I. — *Int· J. Psihol. anal.*, 1958, v. 39, p. 1.
53) Brunotte — *Rev. neuropsychiat. inf.*, 1958, v. 6, p. 85.
54) Bruca, H., Thum, L. C. — „Maladie des tics" and maternal psychosis, *J. Nerv. ment. dis.*, 1968, 146/6 (p. 446—456).
55) Boker, P. A. — *J. Occup. Med.*, 32, 2, 127—131, 1993.
56) Bronner, R. K. și colab. — *Amer. J. Psychiatry*, 150, 1, 53—58, 1993.
57) Bozkowa, K., Cabalka, B. — Some aspect of profilaxis of mental disorders in children — *Zorow publ.*, 1966, 5, p. 323—327.
58) Bulău, I. — Contribuții la studiul medico-legal al delincvenței infantile, *Teză de doctorat*, I.M.F. Iași, 1971.
59) Bukbaum, E· — The role of the parents in the ethiology of disturbed for learning, *Psyche* (Heidelberg), 1966, 20/3, p. 161—187.
60) Binder, H. — Die psychopathischen Danerzustande und die abnormen realischen Reacktion und Entwicklungen, în : *„Psychiatrie der gegenwart"*, band II, Springen-Verlag—Berlin—Götingen—Heidelberg, 1960, p. 180—202.
61) Bornstein, R. F. — Psychol. Bull., 1992, 112, 1, 3—23.
62) Boucher, R. — *Essai de determination de quelques facteurs de recidive et de leur pretention chez les jeunes garçon deliquants*, Thèse, Paris, 1955.
63) Brânzei, P., Zvonaru, Georgeta — Contribuții la studiul PEG în bolile psihice, *Neurologia, psihiatria, neurochirurgia*, vol. IX, nr. 1—2, 1964.
64) Brânzei, P., Pirozynski, T. — Orientări actuale privind rolul factorului subiectiv și al tulburărilor psihice în delincvență, în : *Probleme de medicină legală și criminalistică*, București, 1971, vol. 9, p. 14—38.
65) Brânzei, P., Pirozynski, T., Scripcaru, Gh., Pirozynski, Miarka — La signification des facteurs écologique dans la génération des trobles de comportement de la période du développement pubertaire, *Rev. Med. Chir.*, Iași, 1971, nr. 2, p. 323—330.
66) Brânzei, P., Cosmovici, M., Șelaru, M. — Psihodiagnosticul diferențial al personalității dizarmonice în stadiul dezvoltării infantilo-juvenile, *Rap. la a II-a Conf. Nat. de Psih·*, 1969.
67) Brânzei, P., Fliss, M., Gottlieb, H., Hrimiuc, V. — Interrelațiile dintre nevroză și psihopatie, *A II-a Conf. Nat. Psihh.*, Buc., 1969, p. 38.
68) Brânzei, P., Cosmovici, M., Șelaru, M. — Psihodiagnosticul diferențial ale personalității dizarmonice în stadiul dezvoltării infantilo-juvenile, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p· 174.
69) Brânzei, P., Scripcaru, Gh. Pirozynski, T. — Aspecte și particularități medico-sociale privind conduitele deviate în perioada dezvoltării infantilo-juvenile, în : *Adolescență și adaptare*, Iași, 1974, p. 317—335. Studii și cercetări sub redacția P. Brânzei — Institutul medico-farmaceutic Iași.
70) Brânzei, P., Scripcaru, Gh., Pirozynschi, T. — *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul*, Editura Junimea, Iași, 1970.
71) Brânzei, P. și colab. — Date asupra asistenței medico-sociale extraspitalicești a bolnavilor psihici din orașul Iași, *Neurol. Psih. Neurochirurg·*, 1964, nr. 9, p. 503—505.

73) Brânzei, P. — Considerații asupra responsabilității penale atenuate a bolnavilor psihici, *Neurol. Psih. Neurochir.*, 1964, Buc., nr. 9, p. 301—308.
74) Brânzei, P. — *Directive pentru întocmirea observației psihiatrice*, Iași, 1962.
75) Brânzei, P. — Contribution a l'étude des exploration morpho-fonctionnelles dans la psychiatrie, *Ann. Med. Psychol.*, 1964, t. 2, nr. 1, p. 1—20.
76) Brânzei, P. — Despre atitudinea medico-socială în psihopatii, *Rev. Med. Chir.*, Iași, 1963, nr. 4, p. 863—866.
77) Brânzei, P. și col. — Contribuții la studiul alcoolomaniilor, *Rev. Med. Chir. Med.*, Iași, 1962,4, p. 887—892.
78) Brânzei, P. — Considerații asupra sindromului psihogenetic. Rez., *Rev. Med. Română*, 1947, nr. 6, p. 45.
79) Brânzei, P. — Despre profilaxia defectivităților personalității psihopatice. Rez., *Rev. Med. Chir.*, Iași, 1961, nr. 2, p. 535.
80) Brânzei, P. — Constituții dizarmonice și reacții psihogene de adaptare, *Itinerar psihiatric*, Ed. Junimea, Iași, 1975, p. 96.
81) Brânzei, P. — Propuneri pentru clasificarea bolilor psihice după criterii nerviste. Rez. *Rev. Med Chir.*, Iași, 1962, nr. 2, p. 540.
82) Brânzei, P. — Criterii de apreciere a responsabilității bolnavilor psihici. *Rev. Med. Chir.*, 1961, nr. 3, p. 563—570.
83) Brânzei, P. — Criterii de apreciere a responsabilității bolnavilor psihici. *Rev. Medico-chir.*, nr. 3/1962, p. 56.
84) Bourdion René — *Les structures neuro-anatomique du comportament reactionnel*, Thèse, Paris, 1961.
85) Burgess, J. W. — *Psychiatry Research*, 1992, 42, 3, 282—290.
86) Count, J. — The conflict factor in adolescent growth, *Adolescence*, 1967, 2/6 (p. 167—181).
87) Canzani, F. — Behaviour of the child in face of filmed situations, *G. Psichiat. Neuropat.*, 1966, 94/1, p. 33—68.
88) Charancov, Emmanuel — Problema psihopatiei, *Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie*, Sofia, vol. 15, nr. 3, 1970, p. 251—254.
89) Cravceschi, O., Oprea, V., Guga, R. — Studiul cîtorva factori etiopatogenici și a unor forme clinice mai frecvente ale tulburărilor de comportament la 112 copii, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 177.
90) Chazal, J. — *Etudes criminologie juvénile*, PUF, Paris, 1962. La traitement de l'état de predéliquance, *Ann. Int. Crim.*, 1969, vol. 8, nr. 2, p. 321—333.
91) Crear, Em. — Probleme referitoare la copiii subnormali studiați printr-o anchetă la 1 000 familii, *Lancet*, 1965, vol. 2, nr. 7406, p. 282.
92) Cazzullo, C. L., Giannelli A. — Psicosi e psicopatie nel vecchio: Terreno limite — *Giornali di Gerontologia*, 1966, supl. XXXV, p. 83—101.
93) Ciurezu, T. — Dinamica psihopatiei în raport cu formele de integrare socială, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 32.
94) Cotreanțu, N. — Limitele psihopatiei, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 48.
95) Csiky, K. — Stările psihopatoide ale adultului, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 105—109.

96) Coreanu, A., Grosseck, E., Kirch, H., Stan, M., Schuster, G., Bizoi, C., Gurmay, E. — Psihopatii și stări psihopatoide, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 120.
97) Coațu, C., Munteanu, I. — Cu privire la stările psihopatoide, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 175.
98) Coreanu, A., Kirch, H., Grossech, E., Stan, M., Udoviță, C., Schuster, G. — Psihopatie și inteligență, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc. 1969, p. 176.
99) Constantinescu, G., Meiu, F., Chimion, D., Sen., A., Cucu, I., Băltoiu, S. Melania Petre — Cercetări asupra reactivității în psihopatii, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 59—60.
100) Cramer, J. B., în : Arieti — *American Handbook of Psychiatry*, New-York, 1959, v. I, p. 797.
101) Crighel, E., Murguleț Ana — Evoluția aspectelor electroencefalografice la copiii hiperchinetici. Corelații cu datele clinice, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 163.
102) Cleckley, H. M. — in : S. Arieti — *American Hanbook of Psychiatry*, New-York, 1959, v. I, p. 565.
103) Coudray, P., Cerise, M., Freour, P., Dupont, G. — Maladie mentale et vie familiale, Etude Psycho-Sociologique de 50 cas, *Semaine medicale*, 20 aprilie 1969, p. 143—151.
104) Cullen, K. J. — Clinical observations concerning behaviour disordes in children, *Med. J. Aust.*, 1966, 53 (I)/17, p. 712—715.
105) Cullen, K. J., Boundy — Prevalența tulburărilor de comportament la copii. Studiu a 1 000 familii din Australia de Vest, *Med. J. Aust.*, 1966, vol. 2, nr. 17, p. 805.
106) Cuvelier — *Rev. neuropsych. infant.*, 1958, vol. 6, p. 83.
107) *Comunity Mental Health and Social Psychiatrie*, Cambridge, Massas, 1962.
108) Damian, N. — Corelații între etiologia și simptomatologia stărilor psihopatoide, *Neurologie, Psihiatria, Neurochirurgia*, vol. XIX, nr. 4, anul 1974, p. 317—320.
109) Damian, N. — Aspectele fondului structural cu valoare determinantă în funcțiile de integrare ale psihopatului în realitate, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 42—43.
110) Dragomirescu, V., Milterd, Cristescu — Investigarea personalității psihopatice cu teste proiective. Domenii și etape de aplicare, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 53—54.
111) David, P., Kerestegian, A., Bîzoi, C. — Anetopatia — Categorie de structură psihologică anormală, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 180.
112) David, P., Kerestegian, A., Coreanu, A., Udoviță, C., Bîzoi, C., Schuster, G. — Psihopatie și infracțiune. Responsabilitatea psihopatului, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 185—186.
113) David, P., Kerestegianu, A. — Personalitate aparte structurată în personalitate nematurată psiho-afectiv, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 182.
114) Dosios, A., Seu, A. — Timpul de reacție și tulburările de comportament la adolescenței, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 187.
115) David, P., Kerestegianu, A., Udoviță, C. — Psihopatiile și alcoolismul, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 183—184.

116) Delay, J., Dernicker, P. — *Methodes chimiotherapeutiques en Psychiatrie*, 1969, p. 358, Paris.
117) Delay, J., Dernicker, P. — *Biochimia psihozov.*, Red. M. Rinkel M., — 1963, p. 289.
118) Dalgadt, O. S. — *Int. J. Soc., Psychiat. Spec. Ed.*, 1964, nr. 4, p. 44.
119) Dabrowski, K. — *Speecznowychanawcza psychiatria dzieciera*, Warszawa, 1959.
120) Dmitriev, B. — *J. nevrop. i Psih.*, 1965, vol. 11, p. 1733.
121) Dmitriev, B. — *Jurn. Nevropat*; Psih., 1965, nr. 11.
122) Delova, T. B. — O nekotorîh osobenostiah neirodinamiki u detei s psihopaticeskim povedenii, *Jurn. nevropat. i. psihiatr.*, t. 65, 1965, nr. 5, p. 721—725.
123) Deshaies, G. — *Psychopathologie generale*, P.U.F., Paris, 1967.
124) Drancă Păcală Ruxanda — Consideraţiuni clinice asupra decompensării psihotice a psihopatiilor, *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Buc., 1969, p. 35.
125) Dosios, A., Diaconescu, N., Rodin, G. ş.a., in : *Pogranicinie sostoiania*, Moskva, 1965, p. 161.
126) Dosios, A., Sen, Alexandru — Timpul de reacţie şi tulburările de comportament la adolescenţi, *Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*, nr. 2, martie—aprilie, 1970, p. 111—113.
127) Dogaru, Viorica — Obsesiile şi fobiile copilului, *Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*, nr. 1, ian.-febr., 1972, p. 77—80.
128) Doublet, G. M. — *La colère*, Thèse, Paris, 1957.
129) Donnelly, J. — The Management of the Psychopath, *Dallas Medical Journal*, 1966, vol. 52, p. 562—567.
130) Donnelly, J. — Aspects of the Psychodynamics of the Psychopath., *Am. J. Psychiat., 1964*, vol. 120, nr. 12, p. 1149—1154.
131) Donnelly, J. — Aspects of the Treatment of Character Disorders, *Arch of Gren. Psychiatr.*, 1966, vol. 15, p. 22—28.
132) Drake, M. R. jr. şi colab. — *Neuropsychobiology*, 1992, 26, 3, 125—128.
133) Dufour, H., Huber, P. J. — Troubles de fonctiones affectives, *Revue de Medicine*, nr. 4, 1975, p. 211.
134) Else L. T. şi colab. — *Hospit. and Community Psychiat.*, 1993, 44, 1, 54—58.
135) Ehshardt, H., Villinger, W., in : *Psychiatrie des gegenwart*, Berlin, 1961, bd. 3. p. 181.
136) Eynsecnk, H. J. — *Ind. J. Psychiat.*, 1965, vol. 1, p. 97.
137) Eynsenck, H. J. — *The Dynamics of anxiety and Hysteria*, New-York, 1957.
138) Favier, Nachin, Escafit şi colab. — *Ann. med. psych.*, 1964, vol. 102, t. 2, p. 37.
139) Froidevaux, M. — *Cah. med. Lyon*, 1965, vol. 41, p. 365.
140) Flavigny, H. — *Rev. Neuropsych. infant.*, 1964, vol. 12, p. 593.
141) Fabregues, F. — *Sem. med. (B. Aires)*, 1954, vol. 105, p. 512.
142) Frackowiak, in : *Pastepy neurologii, neurochirurgii, psychiatrii*, Warszawa, 1958, 4, p. 129.
143) Freedman, E., Kaplan, D. — *Comprehensiv Textbook of Psychiatry*, Baltimore, 1967.
144) Friedemann, A. — *Jb. Jugendpsychiatr.*, Bern, 1959, bd. 2, p. 524.
145) Ferretti, E. — Psichoanalitic reflection on a case of homosexuality in childhood, *Infanc. anorm.*, 1968, 86, p. 159—167.

146) Fanai, F. — Evolution and prognosis of neglect. Follow up studies of adolescents with disturbed social behaviour, *Psychiat. Clin.*, 1969, 2/4, p. 1—13.
147) Feline, A., Pilade, C. — Troubles du jugement, *Revue de Medicin*, nr. 3, 1975, p. 144—151.
148) Feline, A., Pilade, C. — Troubles de la memoire, *Revue de Medicine*, nr. 1—2, 1975, p. 61—66.
149) Freud, Anna — *Enfants sans familles*, P.U.F.
150) Feline, A., Pilade, C. — Troubles du cours de la pensee, *Revue de Medecine* nr. 1—2, 1975, p. 66—68.
151) Flavigny, H. — Aspect actuels de la delinquance juvenile, *Revue de Neurops. inf. et d'Hygiène mentale de l'enfance*, nr. 10—11, 1964, p. 373—612.
152) Frommer, E. A. — Spital de zi pentru copiii în vîrstă sub 5 ani prezentînd tulburări de comportament, *Lancet*, 1967, nr. 7486, p. 377.
153) Gaultier, J. — *Bovarismul*, Ed. Inst. European, Iași, 1993.
154) Fulton, M., Winokur, G. — *Am. Jour. Psych.*, 1993, 150, 9, 1363—1567.
155) Ganușkin, P. B. — *Izbranîe trudi.*, Moskova, 1957.
156) Ganușkin, P. B. — *Klinika psihopatii — ih statica, dinamica, i sistematica*, in : *Izbranîe trudi Moskva*, 1957.
157) Gravioto, J. — Malnutrition and behaviour development in the preschool child., *Courrier*, 1966, 16/2, p. 117—127.
158) Gauthier Yvon, Richer Simon, Chartier, P. — L'activité fantasmatique d'enfants de 5 ans, de milieux favorisés et défavorisés, *Laval médical*, vol. 42, nr. 10, p. 1057—1070.
159) Gven, S. W. și colab. — *Alcoholism*, 1993, 17, 1, 162—169.
160) Gray, K. S., Hutchinson, H. C. — *Canad, Psychiat. Ass. J.*, 1964, vol. 9, p. 452.
161) Gervais, P. — Psihoterapia delincventului și a persoanelor cu tulburări caracteriale, *Laval med.*, 1967, vol. 38, nr. 1.
162) Gregory, I. — *Psychiatry : Biological and Social*, Philadelphia, 1961.
163) Gelder și colab. — *Tratat de Psihiatrie*, Asoc. Psihiatrilor Liberi din România, București, 1994.
164) Ghelorn, E., Lufborr, J. — *Emoții i emoționalinîe rastroistva*, Moskva, 1966.
165) Ghise, D. — *Existențialismul francez și problemele eticii*, Ed. St., Buc., 1967.
166) Ghindikin, V. Ia. — Psihopatii i patoharakleroghiceskie razvitia, în : *Kliniceskaia dinamica psihopatii i nevrozov, Izd. Mediția*, Leningrad, 1967.
167) Giovannucci, M., Morlotti, P. A. — Aspeti psicopatologice e medico-legali dell esibizionisimo, *Giornali di Psichiat. e di Neurol.*, 1966, an XCIV, fasc. 1, p. 145—154.
168) Gibbens, T. K. — in : *Osnovnîie tendenții v prestupnosti nesoversennolepnih*, Moskva, 1963.
169) Giurgiu, O. — Considerații asupra potențialului delictogen și criminogen la psihopați, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 79.
170) Ghiliarovschi, V. — *Psihiatria*, Editura Medicală, București, 1956.
171) Gross, H. — Elfriede Kaltenback — Psihopatia și crima sîngeroasă, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 76—77.

172) Groen, I. I. și Verner, A. — The biological basis of psychosomatic medicina, *The Isr. Annals of Psychiatry...*, vol. 4, nr. 2, 1966, p. 136—137.
173) Goldman, S.-J. și colab. — Amer. J. Psych., 1992, 149, 12, 1723—1726.
174) Goldman, H. H. — *General Psychiatry* — Middle East Edition, 1984.
175) Golu, P. — Intelect și motivație, *Rev. Psihologie*, t. 13, 1967, p. 83—89.
176) GoyerP. R., Andreason, J. P., Semple, W. E., Clayton, H. H., Compton-Toth B. A., Schulz, S. C., Cohen, R. M. — *Neuropsychopharmacology*, 1994, 10(1), 21—28.
177) Golant, R. — *Jurnal nevropsihiatrii — Korsakov*, 1952, p. 56, vol. 12.
178) Gurevici, V. O., Sereiski, N. A. — *Manual de psihiatrie*, Ed. Med., București.
179) Gurieva, A. V. — Experiența cercetărilor asupra psihopatiilor la adolescenți, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 155—156.
180) Guelfi, J. D., Martin, R. O. — Les personnalites pathologique, *La revue Médecine*, 1975, vol. 16, nr. 17, p. 1193—1204.
181) Gulian, C. I. — *Problematica omului*, Ed. politică, Buc., 1966.
182) Guiraud, P. — *Psychiatrie clinique*, Ed. libraire de François, 1956.
183) Guse, S. B. — *Amer. J. — Psychiatr.*, 1967, vol. 124, p. 491.
184) Guse, S. B., Perley, A. M. — *Amer. J. Psychiatr.*, 1963, vol. 119, p. 960.
185) Hallermann, W. — öoff. gesundh — *Dienst.*, 1963, bd. 25, p. 597.
186) Hadlik, J., Bojanossky, J., Gerylovova, A. — The age of parents of neurotic children, *Cs. Psychiat.*, 1968, 65/6, p. 404—406.
187) Häfner, H. — *Psychopaten. Doseinsunttersuchungen Zur Struktur und Verlans gestald von Psychopatien*, Berlin, 1961.
188) Uendersohn D. K., Gillespie R. D. — *Manuel de psyhiatrie*, Ed. press. universitar de France, 1955.
189) Heuyer, G. — *Acta paedopsychiat.*, 1964, vol. 31, p. 84.
190) Heyer, G. — Les troubles mentaux, *Etudes criminologiques*, P.U.F., Paris, 1965.
191) Heuyer, G. — Problèmes mentaux des écoliers et centres médico-psychopédagogiques, *Sem. des hôp.*, 1965, vol. 63, p. 6.
192) Hes, J. P. — *Adolescent psychopatology*, 1967, 73/7.
193) Herseni, T. — *Sociologie și etică*, Buc., Ed. științifică, 1968.
194) Henderson, A. S. — Un examen épidemiologique de la psychiatrie de l'adolescent, Rev. *Psychiat. de l'enfant*, vol. XI, fasc. 1, 1968, p. 269—296.
195) Hiddema, F., Hamoen, A. M. — *Psychiat. Neurol. Neurochir.* (Amst.), 1964, vol. 67, p. 39.
196) Hoff, H. S., Sluga, W. — *Wien. Z. Nervenheilk*, 1962, bd. 19, p. 214.
197) Hoke, L. A. și colab. — *J. of. Psychiatr. Rerearch*, 1992, 26, 1, 1—16.
198) Hoff, H. — *Lehrbuch der Psychiatrie*, Basel, 1956.
199) Hollander, E. și colab. — *Amer. J. of Psych.*, 1994, 15(2), 277—280.
200) Horodniceanu, I., Prasila, I., Stoica, I. — Considerațiuni asupra stabilirii capacității de muncă în psihopatii, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 80—81.

201) Ionescu, G. — Probleme transferențiale în tratamentul psihopatiilor, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 72—73.
202) Isambert, A. — *L'éducation des parents*, P.U.F.
203) Ingraham, B., Miller Mc.Luke — The disturbed child at home, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1966, 142/2, p. 127—139.
204) Jaklewicz, H. — *Neurol. Neurochir. Psych.*, pol. 1964, t. 12, p. 303.
205) Jaklewicz, H. — *Neurol. Neurochir. Psych.*, pol., 1963, t. 13, p. 657.
206) Jaroszynski, J., Jarzebouska, E., Ostaszeuska, J. — *Neurol. Neurochir. Psychiat. pol.*, 1963, t. 15, p. 509.
207) Jenkins, R. L. — J. nerv. ment., Dis., 1960, vol. 131, p. 318.
208) Jenkins, R. L. — The variety of be havioral problems in children and family dinamics, *Amer. J. Psychiat.*, 1968, 124/10, p. 1440—1445.
209) Jonson, A. M. — in : S. Arieti (ed.) — *American Handbook of Psychiatry*, New-York, vol. 1, p. 840.
210) Jonson, G. — Delinguent Boys, Their Parents and Grand Parents, *Acta Psih. Scandinavica*, Supplementum 196, Munksgaard, Copenhaga, 1967.
211) Jones, M. — *Amer J. Psych.*, 1962, vol. 119, p. 410.
212) Jones, M., in : *Gruppenpsychiatherapie in Klinik und Praxis*, Jena, 1967, p. 187.
213) Kauffmann, J. — Primary and special school, as reflected in the answers of 362 backiard pupils in special schools, *Prax. Kinderpsychol*, 1966, 15/7, p. 252—260.
214) Kendell, R. E., Zealley — *Companion to Psychiatric Studies*, Edinburg, 1988.
215) Kerbikov, O. V. — *Izbranîe trudî*, Izd. Mediția, Moskova, 1971.
216) Kerbikov, O. V. — L'évolution pathologique de la personalité — probleme actuel en psychiatrie contemporaine, *Procedings of the Third World Congres of Psychiatry*, Montreal, Canada, 1961, vol. I, p. 731—734.
217) Kerbicov, V. I. — *The tird World Congress Of. psyhiatry*, Montreal, Canada, p. 731, vol. 1.
218) Kerbicov, O. V. — *Rev. Neuropsychiatr. infant.*, 1960, vol. 8, p. 363.
219) Kerbicov, O. V. — *Rev. Neurospychitar. infant*, 1965, vol. 73, p. 155.
220) Kerbicov, O. V. și colab. — *Manual de psihiatrie*, Timișoara, 1958.
221) Kerbicov, O. V., Ghindikin, V. Ia. — Psihopatia kak kliniceskai problema, *Jurn. nevropat, i psihiatr.*, 1960, nr. 1, p. 61—76.
222) Kerbicov, O. V. și Felinskaia, N. I. — *Sudebnaia psihiatria*, pod. red. Morozova, Moskva, 1965.
223) Kerbicov, O. V. și Ghindikin V. Ia. — *Jurnal nevropsihiatrii im. Korsakov*, nr. 1/1960, Ed. Medghiz.
224) Kerbikov, O. V. și colab., — *Psychiatrie*, Ed. Mir, Moscova, 1976.
225) Kahn, E. — *Die psychopatischen Persönalichkeiten*, Berlin, 1928.
226) Kaplan, H. I., Sadock, B. J. — *Clinical Psychiatry*, Williams and Williams, 1990.
227) Kernbach, M., Scripcaru, Gh. — Reconsiderarea personalității psihopatiilor în lumina umanismului codului penal socialist și a teoriei interdependenței funcțiilor s.n.c., *Comunicare U.S.S.M.*, Iași, 1961.
228) Kerestegian, A., David P., Barzuga, G. — Particularitățile izolării sociale a psihopaților, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 49—50.

229) Kecskemeti, S., Kecskemeti, A. — Considerațiuni asupra aportului ethologiei în psihopatologia copilului compertamental, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 188—189.
230) Keyserling, H. — *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* (Lpz.), 1960, bd. 12, p. 466.
231) Kraepelin, E. — *Introduction à la Psychiatrie clinique* — Navarin — Editeur, 1984.
232) Kretschmer, E. — *Die Psychopatischen Persönalichkeiten*, Berlin, 1928.
233) Kreidler, A. — *Nevroza astenică*, Buc., Edit. Medicală, 1963.
234) Kretschmer, E. — *Histerie, reflex und instinckt*, Verlag Stuttgart, 1958.
235) Kisker, K. P. — *Nervenarzt*, 1960, bd. 31, p. 392.
236) King, J. W. — Depresion and suicide in children and adolescents, *G.P. Kansas*, 1969, 39/3, p. 95—104.
237) Kolle, K. — *Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Stuttgart, 1961.
238) Kolle, K. — *Psychiatrie*, Stuttgart, 1961.
239) Kovaliov, V. — Condiționarea psihogenă a formării patologice a personalității la copii și adolescenței, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 149—150.
240) Konstandov, E. — Despre efectul subliminal al excitanților verbali — „emoționali" la psihopați, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 61—63.
241) Kolle, K. — in : *Klinische Psichiatrie*, Springer-Verlag, 1960.
242) Kovalev, V. V. — Klinicescaia dinamica nevrastenii, in : *Klinicescaia dinamica psihopatii i nevrozov*, Izd. Mediținа, Leningrad, 1967.
243) Kovalev, A. G. și Measiscev, V. N. — *Particularitățile psihice ale omului*, vol. I, *Caracterul*, Ed. Stat didactică și pedagogică, Buc., 1958.
244) Koupernik, C. — L'adolescent face au temps, impatience et immobilisme, *Revue de Neurops. inf. et d'Hyg. mentale*, nr. 10—11, 1964, p. 589—592.
245) Kochmann, K. — *Acta paedo-psychiat.*, 1963, vol. 30, p. 21.
246) Kraft, Th. B. — *Schuweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, 1959, bd. 84, p. 110.
247) Kulev, I. L. — Dinamica „Organiceschih psihopatii" i kliniceskie zaconomernosti ih obratnogo razvitia, in : *Kliniceskaia dinamica psihopatii i nevrozov, Izd. Mediținа i psihiatr.*, 1956, 56, 7.
248) Lafon, J. — *Hyg. ment.*, 1958, vol. 47, p. 169.
249) Langfeld, G. B., in : L. Bellak — *Modern European Psychiatry*, London, 1961, p. 219.
250) Lars Lidberg — Comoția cerebrală și legătura ei cu tipul de crimă, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 119.
251) Lairy, G. C. Bounes — EEG în tulburările mintale de cauze organice, *Enciclop. med. Chir.*, vol. 40, nr. 10, p. 2.
252) Ladouceurs, R., Hillel, J. — Perception des professeurs et des parents face à des enfants-problèmes, *Laval medical*, vol. 42, nr. 10, dec. 1971, p. 1033—1040.
253) Laynay — Dislexie, disortografie, *Presse med.*, 1965, vol. 73, nr. 14, p. 795.
254) Labar, P. — La delinquance des filles mineurs, *Rev. de Neuropsychiatrie infantile et d'Hyg mentale de l'enfance*, nr. 10—11, 1964, p. 613.

255) Lang, J. L. — *L'enfance inadaptée; probleme medico-social.* Paris, 1962.
256) Langen, D., Jaeger, A. — *Arch Psychiat. Nervenkr.*, 1964, bd. 205, p. 19.
257) Lăzărescu, M., Niță, I., Novac, R., Andeleanu, V., Jivanescu, S., Catanius, R. — Problematica medicală a personalităților psihopate, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 42—42.
258) Lăzărescu, M., Ogodescu, D. — *Îndreptar de Psihiatrie,* Edit. Helicon, Timișoara, 1995.
259) Lăzărescu, M. — Observații asupra relațiilor spațiale la psihopați, *Neurologie,* 1965, vol. 10, nr. 1, p. 49.
260) Lebovici, S. — L'abord écologique en psychiatrie infantile, *La psychiatrie de l'enfant,* vol. III, fasc. 1, Paris, 1964, p. 199—268.
261) Lebovici, S., in: Deprivation of Maternal Care, *a Rassessment of its Effects,* Geneva, 1962, p. 75.
262) Lemperière, Th. — *Psychiatrie de l'adulte,* Edit. Masson, Paris, 1977.
263) Leonhard, K. et al. — *Normale unde abnorme Persönlichkeiten,* Berlin, 1964, p. 9.
264) Leonhard, K. — *Personalități accentuate,* Edit. St. și Encicl., București, 1979.
265) Leonhard, K. — *Individualtherapie und Prophylaxie der hysterichen anankastischen und sensohypochomdrischen Neurosen,* Jena, 1959.
266) Leonhard, K. — *Individualtherapie der Neurosen,* Jena, 1963.
267) Leonhard, K. — *Differenziente Diagnostik der endogenen Psychose abnormen Persönlichkeitsstukturen und neurotischen Entwicklungen,* Berlin, 1968.
268) Lewis, H. — *Deprived Children (the Marshal Experiment) A Social and Clinical Study,* London, 1954.
269) Linton, R. — *Fundamentel cultural al personalității,* Ed. Științifică, Buc., 1968.
270) Lunț, D. R. — Despre interrelația dintre factorii sociali și biologici în comportamentul persoanelor cu anomalii psihopatice și psihopatoide, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 30.
271) Links, P. S. și colab. — *Canad. J. of Psych.,* 1993, 38, 4, 255—259.
272) Lupașcu, E., Voroneanu, E. — Reflecții asupra corelației dintre nevroza infantilă și tulburările de comportament, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 190.
273) Lutz, J. — *Tulburări psihoreactive.* Manual de pediatrie, ediția a 7-a, Edit. Medicală, Buc., 1965, p. 80—89.
274) Maier, W. și colab. — *J. Affective Discorders,* 1992, 26, 3, 151—160.
275) Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M. — *Clinical Psychiatry,* London, 1960.
276) Malow, R. M. și colab. — *J. ob Substance Abuse Treatment,* 1992, 9, 4, 287—291.
277) Mâle P. — Psyhothérapie de l'adolescent, Paris, PUF, 1964. ?!
278) Mande, R. Fauvel — Codașii clasei. Contribuții la studiul inadaptărilor școlare, *Sem. Hôp.*, Paris, 1967, nr. 11, p. 718.
279) Manual of the International Statistical Clasification of diseases, Injures and Causes of Death., Geneva, 1967, vol. 1.
280) Mead, M. B. — *in Deprivation of Matermal Care: a Rassessment of its Effects,* Geneva, 1962, p. 44.

281) Melik-Mkrtîcian — Unele legităţi ale formării şi particularităţi ale structurii clinice în stările psihopatoide, *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Buc., 1969, p. 121.
282) Meiu, G., Cortez, P., Ştefania, Z., Pătraşcu, F., Punga, C., Niţurad, A., Purdea, I. — Decompensarea nevrotică în psihopatie, *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Buc., 1969, p. 39.
283) Menut, G. — *La dissociation familiale et les troubles du caractère chez l'enfant*, Editions familiales de France, 1943.
284) Meyers, C.A. şi colab. — *Journ. of Psich. and Neuroscience*, 1992, 17, 3, 121—125.
285) McRae, K. N., Lowe, S. G. — Agressive behaviour in the pre-schol child, *J. Pediat.*, 1968, 72/6, p. 821—828.
286) McDermont jr., J. F. — The parents divorce in early childhood, *Amer. J. Psychiat.*, 1968, 24/10, p. 1424—1432.
287) Michaux, L. şi colab. — *Rev. neuropsychiat. inf.*, 1958, vol. 6, p. 152.
288) Michaux, L., Fravigny, H. — *Acia paedopsychiat.*, 1964, vol. 31, p. 88.
289) Michaux, L., Duche, D. J. — *L'enfant inadapté. Rôle medico-social du medicin*, Paris, 1957.
290) Michaux, L. — *Rev. Neuropshychiat. infant.*, 1960, vol. 8, p. 371.
291) Minciu, J., Nicolau, A., Ionescu, A., Rădulescu Lazăr C., Măgureanu, M., Ştefănescu, F. — Tratamentul cu neuileptil al nevroticilor cu fond psihopat, *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Buc., 1969, p. 191—192.
292) Minciu, I., Nicolau, A., Măgureanu, M., Lazăr, C., Ionescu, A., Răduleanu, G. — Rezistenţa prelungită la tratament a tulburărilor psihopatoide pe fond cerebral lezional la tineri, *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Buc., 1969, p. 123—124.
293) Michaux, L. — Copiii inadaptaţi din punct de vedere şcolar, *Rev. Prat.*, Paris, 1967, vol. 17, nr. 24, p. 3421.
294) Milea, I. — Investigarea copiilor cu tulburări de comportament de tip dizarmonic prin tehnica aperceptiv tematică (T.A.T.), *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Buc., 1969, p. 161—162.
295) Miasiscev, M. — *Jurnal nevropatologhia i psihiatria*, 1955, vol. 7, p. 486.
296) Michaux, L. — *Psychiatrie*, Paris, Ed. Flammarion, 1956.
297) Miller, F. T. şi colab. — *Amer. Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1993, 19, 4, 491—497.
298) Miller, F. T. şi colab. — *Hospit and Community Psych.*, 1993, 44, 1, 59—61.
299) Milman, D. H. — School phobia. Clinical experience, *N.Y.St.J. Med.*, 1966, 66/14, p. 1887—1891.
300) Morozov, I. — *Jurnal nevropsihiatrii im. Korsakova*, 1953, vol. X, p. 81.
301) Moscovici, M., Baltaru, M., Balanovschi, G. — Unele aspecte ale explorărilor morfo-funcţionale în psihopatii la femei, *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Buc., 1969, p. 65.
302) Moşoiu, A., Rândaşu, I., Bolboca, C. — Valoarea factorului „P" la un grup de psihopaţi, *A II-a Conf. Naţ. Psih.*, Buc., 1969, p. 58.
303) Müller-Hegemann, D. — *Neurologie und Psychiatrie*, Berlin, 1966.

304) Müller, A., Fodor, E. — Cîteva considerațiuni în legătură cu interferența dintre psihopatii și nevroze, *A II-a Conft Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 40—41.
305) Nacu, A. G., Revenko, M. G., Oprea, N. A. — *Klinika nekotorîh variantov dinamiki psihopatii*, Izd. Știința Kișinev, 1976.
306) Nahas, G., Trouvé,R. — *Toxicomanie*, Ed. Masson, Paris, 1988.
307) Newkirk, P. — *Dis nerv. System*, 1957, vol. 18, p. 52.
308) Nicolau, A., Minciu, I., Ionescu, A., Lazăr, C., Rădulescu, G., Pale, M. — Fondul dizarmonic al personalității alcoolicului, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 192—193.
309) Nicolau, A., Minciu, I., Ionescu, A., Lazăr, C., Rădulescu, G., Ștefănescu, F. — Rezistența la tratament a alcoolicului psihopat, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 71.
310) North, C. S. și colab. — *Amer. J. Psich.*, 1993, 150, 4, 578—583.
311) Noyes, A. P., Kolb, L. C. — *Modern Clinical Psychiatry*, Philadelphia, 1963, p. 458.
312) Nyman, I. E., Smith, I.J.W. — *Acta Univ.* Lund., 1959, vol. 55, nr. 10, p. 1.
313) Oancea, C., Măgureanu, S., Luculescu, S. — Importanța factorului vîrstă în tulburările de comportament la copil, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 153—155.
314) Olaru, Al. — *Introducere în psihiatria practică*, Ed. Scrisul Românesc, Craiova, 1990.
315) Ogyso, I. și colab. — *Jap. Journ. of Psychiatr. Neurol.*, 1993, 47, 1, 37—46.
316) Oldham, J. M., Morris, L. B. — *Personality*, Ed. Bantam Books, New-York, 1988.
317) Oprica, C., Caraneschi, V., Oprea, V., Guga, R. — *Studiul cîtorva* factori etiopatogenici și a unor forme clinice mai frecvente ale tulburărilor de comportament la 112 copii, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 177—178.
318) Oprica, C., Stratone, M. — Corelații electro-clinice în tulburările de comportament la copil, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 179.
319) O'Neal, P., Robins, L. N., King, L. J. — *Am. J. Psychiatr.*, 1962, vol. 118, p. 1114.
320) Otto, K. — Cîteva rezultate ale studiilor efectuate în clinica neurologică din Erfurt referitoare la copiii cu tulburări datorită condițiilor de mediu, *Psihiatrie, Neurologie, Psihologie*, 1966, nr. 6, p. 223.
321) Pamfil, Ed., Ogodescu, D. — *Psihozele*, Ed. Facla, Timișoara, 1976.
322) Pamfil, Ed., Ogodescu, D. — *Nevrozele*, Ed. Facla, Timișoara, 1974.
323) Parhon-Ștefănescu, C., Cucu, I., Angela, P., Cucu, I., Ileana Vujdea — Studii asupra condițiilor de decompensare a stărilor psihopatice, *A II-a Conf. Naț. Psih.*, Buc., 1969, p. 28.
324) Parhon-Ștefănescu, C. — Contribuții la studiul activității bolnavilor psihici și al încadrării lor în cîmpul muncii, *Auto-referat*, București, I.M.F., 1955.
325) Pavelcu, V. — Schema operațională, deprinderile și obișnuințele — înțelesurile și raporturile dintre ele, *Rev. Psihologie*, t. 11, nr. 4, 1965, p. 449—467.
326) Pavelcu, V. — *Cunoașterea de sine și cunoașterea personalității*, Edit. Didact. și Ped., București, 1982.
327) Parellanda, D. — *Inform. psychiat.*, 1957, vol. 2, nr. 4, p. 33.

328) Păruș, N., Șelaru, M., Rotaru, G., Balan, G., Offenberg, C. — Corelația dintre psihopatie și toxicomania alcoolică, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 194.
329) Pelicier, Y. — *Guide Psychiatrique pour le patricien*, Ed. Masso, Paris, 1978.
330) Petrilowitsch, N. — *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1960, bd. 200, vol. 284, p. 19.
331) Petrilowitsch, N. — *Abnorme Persönlichkeiten*, Basel—New-York, 1966.
332) Petrilowitsch, N., Baer, R. — *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 1967, bd. 35, p. 617.
333) Predescu, V., Costiner, E., Oancea, C. — Aspecte clinice în tulburările de comportament la copil, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 147—148.
334) Predescu, V., Belciugățeanu, C. — Stările psihopatoide, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 85—96.
335) Peciornicova, T. P. — Asupra problemei reacțiilor paranoiace acute la psihopați, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 36—37.
336) Peck, K.M.L. — Suicide and Motivation in Adolescents, *„Adolescence"*, 1968, vol. 3, nr. 9, p. 108—118.
337) Pearce, J., Newton, S. — *The Conditions of Human Growth*, New-York, 1963.
338) Pinatel, J. — *Rev. neuropsychiat. inf.*, 1964, vol. 12, p. 655.
339) Pirozynski, T. — La signification onto-analitique de la motivation dans les syndroms psychiques réactionnels, *Ann. Med. Psychol.*, Paris, 1970, vol. 1, nr. 3, p. 365—373.
340) Pirozynski, T., Scripcaru, Gh. — L'exploration motivationnelle durant l'expertise médico-légale psychiatrique, *Med. lég. et. dommage corp.*, 1969, vol. 2, nr. 2, p. 129—131.
341) Pirozynski, T., Scripcaru, Gh., Pirozynski, Miarka — Le diagnostic nosologique des états dépressif et la signification prognostique dans la crise suicidaire, *Hygiène Mentale*, 1971, nr. 2, p. 1—8.
342) Pirozynski, T., Scripcaru, Gh., Pirozynski, M., Păruș, N. — La prédélinquance juvénile et ses problèmes, *Ann. med. psychol.*, 1961, nr. 1, p. 1.
343) Pirozynski, T., Scripcaru, Gh. — Despre conținutul medical și juridic al noțiunii de responsabilitate, *Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*, 1963, nr. 3, p. 261.
343) Pirozynski, T., Scripcaru, Gh., Pirozynski, M. — Le problème de la prophylaxie du suicide pathologique, *Ann. med. psychol.*, 1965, nr. 4, p. 27.
344) Pirozynski, T., Scripcaru, Gh. — Valoarea și limitele explorărilor funcționale în psihiatria judiciară, *Probleme med. jud. și crimin.*, 1965, nr. 2, p. 41.
345) Pirozynski, T. — Motivația conflictului personalității dizarmonice, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 44.
346) Predescu, V. — *Lecții de psihiatrie*, Buc., 1964.
347) Priscu, R., Popescu, V. — Electroencefalograma în tulburările de comportament, în : *Electroencefalografia pediatrică*, 1973, p. 373.
348) Prică, Angela, Sen, A. — Judecata valorii estetice la bolnavii cu stări psihopatice, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 55—56.
349) Popescu, Neveanu, P. — *Tipurile de activitate nervoasă superioară la om*, Ed. Acad. R.P.R., 1961, p. 87—111.

350) Porot, A. — *Manuel Alphabetique de Psychiatrie*, P.U.F., 1969.
351) Portnov, A. A., Fedotov, D. D. — *Problemî sudebnoi psihiatrii*, Moscova, Gosiurizdat, 1961, stornic 9, p. 174—184.
352) Portnov, A. A., Fedotov, D. D. — *Psychiatry*, Mir Publisher, Moscova, 1969.
353) Porot, A., Bordenat, Ch. — *Psychiatrie Médico-légale*, Maloine, Paris, 1959.
354) Prugh, D. J., Harlog, R. J. — in : *Deprivation of Maternal Care : a reassessment of its Effects*, Geneva, 1962, p. 9.
355) Quay, H. C. — *Am. J. Psychiat.*, 1965, vol. 22, p. 180.
356) Raine A. și colab. — *Schizofrenia Research*, 1992, 7, 3, 237—247.
357) Ralea, M. — *Explicarea omului*, Ed. Cartea românească, Buc., 1944.
358) Rechenbergher, H. — Behaviour of children as a response to family problems, *Prax. Kinderpsychol.*, 1966, 15/2, p. 33—39.
359) Reinhart, J. B., Elmer, E. — The role of the perents in the ethiology of disturbed capacity for learning, *Psyche*, Heidelberg, 1966, 20/3, p. 161—187.
360) Reuben, R. N., Barkwin, H. — Developmental..., *Pediat. clin. N. Amer.*, 1968, 15/3, p. 601—610.
361) Renzulli, J. S. — Identifying Key features in programs for the gifted, *Except. Child.*, 1968, 35/3, p. 217—221.
362) Read, J. J., *Univ. W. med. J.*, 1960, vol. 30, p. 132.
363) Redlich, F. C., Fredman, D. X. — *The Theory and Practice of Psychiatry*, New-York, 1966.
364) Ribot, Th. — *Les maladies de la personalité*, Ed. Alcan, Paris, 1919.
365) Ringel, E. — La prévention du suicide, un probleme mondial, *Hyg. Ment.*, 1966, vol. 3, p. 84—105.
366) Rîndașu, I. — Norma. Categorie. Psihopatie, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 195—196.
367) Roșu, S., Sîrbu, Aurelia — Psihopatia, *A IIa Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 9—14.
368) Rodin, Z., Sen, A. — Întîrzierea afectivă ca formă de psihopatie, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 197.
369) Rodriguez, M. — *Psichol. Reports*, 1993, 73, 1, 19—26.
370) Roșu, I., Sîrbu, A., Micluția, R., Stroilă, N. — Aplicații ale farmacoterapiei in psihopatii, *A II-a Conf. Nat. Psih., Buc.*, 1969, p. 69—70.
371) Roman, I., Paraschivescu, E., Costiner, E., Oancea, C. — Importanța examenelor EEG și PEG la copiii cu tulburări de comportament, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc.. 1969, p. 158—159.
372) Roman, I., Predescu, V., Murafa, L., Dutulescu, P. — Cercetări electroencefalografice in psihopatii, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 67—68.
373) Roman, I., Costiner, E., Oancea, C. — Importanța examenelor EEG și PEG la copiii cu tulburări de comportament, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 158—159.
374) Romila, A., Cremene, V. — Psihopatia și expresia plastică, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 57.
375) Robin, G. — Les difficultés scolaires chez l'enfant, Paideia, *Presse Universitaires de France*, 1957.
376) Roșca, Maria — *Specificul diferențelor psihice dintre copiii întîrziați mintal și cei normali*, Ed. didactică și pedagogică, București, 1965.

377) Roumajon, S. — *Evol. psychiat.*, 1966, vol. 31, p. 51.
378) Ronart, J. — Developement de la personalité, *Enciclop. Méd. Chir.*, vol. I.
379) Roncek, J. E. — *Juvenile deliquency*, New-York, 1958.
380) Rosenthal, M. K. — The generalisation of dependency behaviour from mother to stranger, *J. Child Psichiat.*, 1967, 8/2, p. 117—133.
381) Rouart, J. — Dificultăți școlare de origină afectivă și familială, *Rev. Prat., Paris*, 1962, bol. 9.
382) Sandu, T., Sporu, M., Sandu, A. — Considerațiuni pe tema discernămîntului în intoxicații alcoolice, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 197—198.
383) Saunders, E. A., Arnold, F. — *Psychiatry*, 1993, 56, 2, 188—203.
384) Scott, M. E. — Treatment of obsesive behaboour in a child, *Stu. Med. J.*, 1969, 59/9, p. 1087—1089.
385) Schuster, N., Roșu, I. — Modificări de caracter și de personalitate determinate de traumatisme cranio-cerebrale, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 115.
386) Schneider, K. — *Klinișche Psychopathoogie*, 6 Auf, 1962.
387) Scripcaru, Gh., Pirozynski, T., Păruș, N. — Considerations sur certaines aspects médico-légaux et psychiatriques de la déliquance sexuelle, *Ann. Med. Lég. et Soc.*, 1966, vol. 19, nr. 2, p. 175—181.
388) Scripcaru, Gh., Velișcu, C., Brânzei, P., Pirozynski, T. — Sindromul XYY și comportamentul aberant. *Rev. Med. Chir.*, Iași, 1970, nr. 2, p. 485—490.
389) Schechter, M. D., Sternlof, R.E. — Violence in adolescence, *Postgrad Med.*, 1969, 45/3, p. 190—195.
390) Secăreanu, A., Hanganu, Felicia — Considerații asupra electroencefalogramei la psihopați, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 66.
391) Sestak, Z. — Some observations on smoking habits in secondary schools, *Lijecn. Ujesn.*, 1966, 88/3.
392) Semke, V. Ia. — *Kliniceskaia dinamica psihopatii v pozdnem vozraste*, în : *Klinicescaia dinamica psihopatii i nevrozov*, Izd. Medițina, Leningrad, 1967.
393) Semke, V. Ia. — O paranoialinîh reacțiah i razvitii u psihopatov v pozdnem vozraste, *Jurn. Nevropat. i psihiatr.*, t. 65, 1965, nr. 4, p. 593—599.
394) Scully, J. H. și colab. — *Psychiatria*, Harwal. Publishing, Philadelphia, 1990.
395) Schuster, N. — *Contribuții la studiul tulburărilor psihice posttraumatice tardive*, Teză de doctorat în medicină, Buc., 1966.
396) Semke, V. I. — Boli psihogenîh i somatogheníh faktorov v dinamike psihopatii v pozdnem vozraste, *Jurn. Nevropat. i psihiatr.*, t. 65, 1965, nr. 5, p. 737—741.
397) Sen, A., Roman, I. — EEG și mobilitatea atenției la un grup de adolescenți cu tulburări de comportament, *A II-a Conf. Nat. de Psih.*, Buc., 1969, p. 164—165.
398) Semen Negrea, E. — Tulburări psihice la copii cu diabet insipid, *Stud. Cercet. Endocrin.*, 1968, 19/5, p. 413—416.
319) Sen, A., Cucu, I, Prică, A., Pîrvan, V. — Contribuții la investigarea personalității psihopatiilor, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 200.

400) Sen, A., Roman, I. — EEG și mobilitatea atenției la un grup de adolescenți cu tulburări de comportament, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 164—165.
401) Semen-Negrea, E., Eșanu, C. — Aspecte endocrine în tulburările de caracter, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 63—64.
402) Shraud — Modificări de comportament la copiii bolnavi, îngrijiți la domiciliu, *Pediatrica*, 1965, vol 36, nr. 4, p. 604
403) Shere, E., Kastenbaum, R. — Mother-child interaction in cerebral palsy : environmental and psychological obstacles so cognitive development, *Genet. Pslchol. Monogr.*, 1966, 73/2, p. 255—335.
404) Siree, S. — Schiță sistematică a teoriilor și a evaluării clinice a personalității normale și psihopatice, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 45—46.
405) Siever și colab. — Amer. J. Psych., 1993, 15, 1, 149—151.
406) Sîrbu, A. — *Contribuții la problema psihopatiilor*, Autoreferat, 1962, I.M.F. Cluj.
407) Sîrbu, A. și colab. — *Psihiatria clinică*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.
408) Sorin, V., Rădulescu, M., Sîtwa, P., Rosman, M., Feneșan, G., Mateescu, C. — Tratamentul cu majeptil la copii cu tulburări de comportament și tulburări nevrotice, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 166.
409) Sporu, M., Schuster, N. — Implicații endocrine și comportamentale psihopatoide după traumatisme cranio-cerebrale, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 199.
410) Stanciu, E., Csiky, K., Bratu, A. — Unele elemente definitorii ale caracterului delincvenților juvenili relevate prin tehnica proiectivă Rorsach, *Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*, nr. 1, ian.-febr., 1973, p. 127—132.
411) Ștefan, M. — Tulburările de comportament la copiii de vîrstă școlară, *Viața medicală*, 1967, vol. 14, nr. 8, p. 515.
412) Stanciu, E., Csiky, K., Kucs, S., Acs, I. — Studiul etiologiei tulburărilor de comportament delictuale la un grup de 611 delincvenți juvenili, *Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*, nr. 1, 1974, p. 59—66.
413) Ștefan, M., Lazarovici, H. — Considerații asupra unui caz cu sindrom isteric la o fetiță infestată cu toxoplasma gondii, *Neurologia*, 1968, 13/2, p. 119—124.
414) Stanciu, E. — Aspecte medico-legale ale tulburărilor de comportament la vîrsta pubertății și adolescenței, *Neurologia, Psihiatria, Neurologia*, nr. 5, sept.-oct., 1972, p. 431—440.
415) Stein, D. J. și colab. — *Psychical Research*, 1993, 48, 3, 357—366.
416) Stone, F. B., Rowley, V. N. — Children's behaviour problems mother's age, *J. Psychol.*, 1966, 63/2, p. 229—233.
417) Stoenescu, Th., Micu, I., Cruceanu, F. — Contribuțiuni clinico-statistice asupra morbidității prin psihopatie, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 201—202.
418) Stone, M. H. — *Britisch. J. Psychiatry*, 1993, 162, 299—313.
419) Străchinaru, I. — *Tulburările de conduită la copil*, Ed. didactică, Buc., 1965
420) Strunk, P., Faust, V. B. — Organic evaluations of cerebral diseases in children with behaviour disorders, *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1967, 210/2, p. 152—160.
421) Stutte, H. — *Acta paedopsychiat.*, 1961, vol. 28, p. 273.

422) Sapojnikova, I. Ia, Scirina, M. G. — *J. nevropat. Psychiat.*, 1960, vol. 5, p. 636.
423) Șarankov, Z. — in : *Pogranicinie sostoiania*, Moscova, 1965, p. 169.
424) Schaff, A. — Concepția asupra individului, *Rev. ref.*, Buc., 1965, p. 685—689.
425) Schneider, P. B., în : *Psychiatrie der gegemwars*, Berlin, 1960, bd. 2, p. 238.
426) Schneider, K. — *Psychopathien und Neurrosen* (Paracelsus-Beiheft), Wien, 1961, p. 105.
427) Schneider, K. — *Die Psychopatischen Persönlichkeiten*, Wien, 1943.
428) Schirmer, S., în : Leonhard — *Normale und abnorme Persönlichkeiten*, Berlin, 1964, p. 275.
429) Schneider, K. — *Psyhopat. Clinique.*
430) Schneider, K. — *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 1958, bd. 26, p. 1.
431) Scheersohn, F. — *Acta paedopsychiatr.*, 1958, bd. 25, p. 245.
432) Schipkowensky, N. — *Pathologische Reaktionen der Persönlichkeit*, Wien, 1960, t. I, p. 24.
433) Schipkowensky, N. — *Pathologische Reaktionen der Persönlichkeit, neurosen und psychogene Psychosen*, Wien, 1960, bd. 2.
434) Scott, P. D. — *Postrag med. J.*, 1963, vol. 39, p. 12.
435) Șelaru, M. — Implicațiile psihologice ale comportamentului aberant infanto-juvenil, în : *Educația civică în cadrul organizației pionierilor*, Iași, 1971, p. 198—203.
436) Șelaru, M., Pirozynski, Miarka — Cu privire la structura și rolul factorilor psiho-sociali în geneza comportamentului aberant infanto-juvenil, în : *Aspecte de mediu în bolile cronice*, Iași, 1974, p. 121—125.
437) Șelaru, M., Boișteanu, M., Boișteanu, P. — Date cu privire la unele particularități ale asistenței bio-psiho-sociale în procesul de recuperare a copiilor deficienți mintali în școlile ajutătoare, în : *Recuperarea și asistența socială în bolile psihice*, București, 1974, p. 139—140.
438) Șelaru, M. — Contribuții la diagnosticul clinic al epilepsiei și a implicațiilor sale medico-legale, *Teză de doctorat*, I.M.F. Iași, 1975, 720 p.
439) Șelaru, M. — Considerații asupra modalităților de debut în schizofrenie, în : *Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei*, Iași, 1975, p. 100—101.
440) Șelaru, M., Pirozynski, T., Scripcaru, Gh. — Implicațiile medico-legale ale comportamentului aberant epileptic, în : *Relațiile interdisciplinare ale pishiatriei*, Iași, 1975, p. 126—127.
441) Șelaru, M. — Alcoolismul, factor agravant al comportamentului aberant psihopatic, în : *Alcoolismul, implicații bio-psiho-sociale*, Iași, 1976, p. 162—165.
442) Șelaru, M. — Sindromul diencefalic în clinica alcoolismului, în : *Alcoolismul, implicații bio-psiho-sociale*, Iași, 1976, p. 196—200.
443) Șelaru, M. — Alcoolismul și interrelațiile de microgrup familial, în : *Alcoolismul, implicații bio-psihosociale*, Iași, 1976, p. 256—259.
444) Șelaru, M., Seserman, M., Postelnicu, C., Andrieș, Cleopatra — Interrelațiile de microgrup instructiv-educativ și socio-profesional ca factor de sanogeneză. în : *Coordonate actuale ale psihoterapiei*, Tg. Mureș, 1977, p. 131—134.

445) Șelaru M., Cosmovici, N., Postelnicu, C., Avasilcăi, Al. — Laboratorul de sănătate mintală și asistență psihoterapeutică a adolescenților și tinerilor cu reacții psihogene anormale, în : *Coordonate actuale ale psihoterapiei*, Tg. Mureș, 1977, p. 147—149.
446) Șelaru, M., Chirilenco, Felicia — Epilepsia larvată, aspecte psihosociale și de activitate profesională, în : *Adaptare și integrare în mediul industrial*, Iași, 1977, p. 165—169.
447) Șelaru, M. — Personalitate, conștiință, activitate, în : *Adaptare și integrare în mediul industrial*, Iași, 1977, p. 186—191.
448) Șelaru, M., Paraschiv, V., Cosmovici, N. — Interrelațiile de microgrup, factor activ de sanogeneză, în : *Adaptare și integrare în mediul industrial*, Iași, 1977, p. 201—203.
449) Șelaru, M. — Resocializarea, readaptarea și reumanizarea bolnavilor psihici, *Rev. Neurol. Psihiat. Neurochir.*, București, 1977, vol. 22, nr. 1, p. 27—34.
450) Șelaru, M. — Considerații asupra implicațiilor medico-legale în epilepsia cu tulburări psihice, *Comunic. Ses. șt. Univ. „Al. I. Cuza"*, Iași, oct. 1970.
451) Șelaru, M., Șerb V., Cosmovici, N. — Considerații asupra limitelor și contradicțiilor noțiunii de tulburări de comportament, *Comunic. Ses. Șt. Univ. „Al. I. Cuza"*, Iași, oct. 1970.
452) Șelaru, M. — Conceptul bio-psiho-social în interpretarea determinismului ecologo-epidemiologic, în : *Adolescență și adaptare*, Iași, 1974, p. 222—253.
453) Shagass, C., Jones, A. L. — *Am. J. Psychiat.*, 1958, vol. 114, p. 1002.
454) Shagess, C., Müller, K., Acosta, H. B. — *J. Psychosom. Res.*, 1959, vol. 3, p. 253.
455) Shepherd, M. — *Brit. Med. J.*, 1964, vol. 2, p. 1359.
456) Sobeski, W. E., Hull, C. E., Hagerman, R. J. — *Journal of the Academy of child and Adolescent Psyhiatry*, 1994, 33 (2), 247—255.
457) Șostakovici, B. V. — Evoluția psihopatiilor, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 33—34.
458) Stengel, E., în : *Psychiatrie der Gegenwart*, 1960, bd. 2, p. 203.
459) Stafford-Clark, D. — *Psychiatry To-day*, London, 1952.
460) Ștefan, M., Costiner, E. — Tulburări de comportament și de personalitate la copii și adolescentei, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 127—139.
461) Ștefan, M. — Tulburările de comportament și de personalitate la copii și adolescenți, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 127.
462) Suhareva, G. E. — *Klinikeskie lekții po psihiatrii detskogo vozrasta*, Moskva, Medghiz, 1959, tom. II.
463) Stutte, H., în : *Psychiatrie der Gegenwart*, Berlin, 1960, bd. 2, p. 1007.
464) Temple și colab. — *Perceptual and Motor Skills*, 1992, 75, 1, 1995—202.
465) Swirsky-Sacchetti, T. — *Jour of Clin. Psychol.*, 1993, 49, 3, 385—396.
466) Teodorescu, S. — Forța și tensiunea psihică în concepția lui P. Janet, *Rev. de psihologie*, t. 12, nr. 2, 1966, p. 227—239.
467) Tomorug, E., Diaconescu, N., Ungureanu, E., Ionescu, I., Dobre, G., Guță, I. — Delincvența și responsabilitatea psihopaților, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 75.
468) Torgesten și colab. — *Amer. J. Psychiat.*, 1993, 150, 11, 1661—1667.

469) Tonkonogy, J. M. — *J. Neurol. and Cl. Neurosc.*, 1991, 3, 2, 189—196.
470) Tramer, M. — *Lehrbuch der allgemeinen Kinder psychiatr.*, Basel, 1964.
471) Tramer, M. — *Psychohygiene bei geistesschwachen oder „schwierigen" Kindern*, Basel, 1965.
472) Trelat, J. — Deficiences intelectuelles et troubles du comportement a l'école, *Rev. Prat.*, Paris, 1962, vol. 9.
473) Trethowan, W., Sims, A.C.P. — *Psychiatry*, Baillière Tindal, London, 1983.
474) Trillat, F. — Enciclopedie medico-chirurgicală. Psyhyatrie, vol. II. *Les desequilibres*, p. 37 370, A 10.
475) Turpin, R., Lejeune, F. — *Les chromosomes humaines*, Gauthie, Paris, 1965.
476) Zaharova, N. N. — Modificările percepției excitanților sub influența stressului emoțional în sindromul psihopatoid traumatic, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 117.
471) Zelingher, R., Ionescu, G., Ciurezu, T. — Personalitatea psihopatică — profil cognitiv și conținut proiectiv, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 51—52.
478) Zersenn, D. V. — Studii biometrice privind constituția corpului și caracterul, *Rev. de referate și recenzii*, ian. 1966, p. 73—81.
479) Van Krevelen, D. A., Knipers, Ch. — *Acta paedopsychiat.*, 1962, vol. 29, p. 22.
480) Van Laere, J. E. — *Psychiatrie*, Ed. Flammarion, Paris, 1961.
481) Van Reekum, R. și colab. — *J. of Psych. and Neusic.*, 1993, 18, 3, 121—129.
482) Warren, S. L. — *Am. J. Psychiat.*, 1964, vol. 121, p. 549.
483) Watters, T. A., Falstein, E. J., Mason, B. C., Strange, J. E. — Panel discussion : the un controlable child, *Sth. Med. J.*, 1996, 59/2, p. 223—227.
484) Vlădescu, D., Moșoiu, A. — Aplicarea unor teste psihologice în studiul tulburărilor de personalitate la un grup de 100 etilici cronici, *A II-a Conf. Nat. Psih.*, Buc., 1969, p. 122—123.
485) Verbeek, E. — *Psychiat et Neurol.*, Basel, 1960, vol. 139, p. 140.
486) Weinberg, S. — Suicidal Act in Adolescencen, *J. Pediat.*, 1970, vol. 77, nr. 4, p. 579—587.
487) Veylon, R. — Before the hippies. The ideaology of provocation. A sociological study of the provas and the provotariat, *Presse medic.*, 1968, 76/44, p. 2123—2126.
488) Villinger, W. — *Wien-med., Wschr.*, 1959, bd. 109, p. 295.
489) Vidal, G., Vidal, B. — *Les troubles caracteriels de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, 1964.
490) Vialette, J. — Tulburările de comportament la copil. Importanța tratamentului simptomatic cu ajutorul unui psiholeptic, *Sem. Hôp.*, Paris, 1966, nr. 45, p. 27—28.
491) Virkkunen, M. și colab. — *Arch. of general Psychiatry*, 1994, 51 (1), 28—33.
492) Vondracek, V. — *Specialni psychiatrie*, Praha, 1963.
493) Von Trostorff, S. — *Psychiat. Neurol. med. Psychol.*, Lpz., 1962, bd. 14, p. 114.
494) Weitbrecht, H. I. — *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 1967, bd. 35, p. 497.
495) Wootton, B. — *Social Science and Social Pathology*, London, 1959.

496) Wootton, B. — în : *Deprivation of Maternal Care : a Reassessment of its Effects*, Geneva, 1962, p. 63.
497) Wolff, S., Acton, V. P. — The parents characteristics of children with behaviour disturbances, *Brit. J. Psychiat.*, 1968, 114/510, p. 593—601.
498) Won, G.Y.M., Yamamura, D. S., Ikeda, K. — The relation of communication with parents and peers to deviant behaviour of youth, *J. Marriage famiiiy*, 1969, 31/1, p. 43—45.
499) Wurmir, V. J. — *Ann. méd. psychol.*, 1965, vol. 123, t. 1, p. 433.
500) Wyrsch, I. — *Gerichliche Psychiatrie*, Berna, 1955.
501) * * * — *DSM-III-R*, Edit. Asoc. Psihitr. Liberi din România, Bucu-Bucureşti, 1993.
502) * * * — Les enfants de détens, *Sem. des Hôp. Informations*, 26 iunie 1973, p. 18—20.
503) * * * — Psychothérapies familiales. *Revue de practicien, Information*, 1973, vol. 23, nr. 52, p. 4665.
504) * * * — Copiii din părinţi alcoolici, *Psychiatr. Neurol. med. Psychol.*, 1966, nr. 1, p. 1.
505) * * * — Observaţii clinice referitoare la tulburările de comportament la copii, *Med. J. Aust.*, 1966, vol. 1, nr. 17, p. 712.
506) * * * — Position et rôle des parents dans le developpement de l'enfant, *Informations sociales*, Juillet, 1959.
507) * * * — 6 000 enfants ont des troubles de la personalité. Sem. des Hôp., *Informations*, 26 iunie 1973, p. 17—18.
508) * * * — La prise de conscience des rôle dans la structuration familiale, *Rev. de neuro-psych. inf. et d'hyg. morale*, mars—avril, 1959.
509) * * * — Les troubles du comportement chez l'enfant adopté, Sem. des Hôp., *Informations*, 19 oct. 1971, p. 30—31.

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2816
Biblioteca Personală

CUPRINS

Criteriile diagnosticului clinic al psihopatiilor . . . 5
Alte criterii de clasificare a psihopatiilor 46
Tipuri și forme clinice ale psihopatiilor după diferiți autori 50
Clasificarea psihopatiilor după E. Kraepelin . . . 52
Clasificarea psihopaților după Kurt Schneider . . . 53
Clasificarea psihopatiilor după E. Kahn 57
Clasificarea psihopatiilor după P. B. Ganuskin . . . 64
Clasificarea lui V. Ghiliarovski 101
Clasificarea lui Gurevici 102
Clasificarea psihopatiilor după O. V. Kerbikov . . 105
Clasificarea psihopatiilor după N. Petrilovitsch . . . 109
Clasificarea psihopatiilor după P. Brânzei 121
Clasificarea psihopatiilor după V. Predescu, Șt. Milea, I. Vianu 123
Clasificarea psihopatiilor după M. Lăzărescu, D. Ogodescu 135
Anexă 141
Clasificarea O.M.S. (Organizația Mondială a Sănătății) — I.C.D. — 10 142
Clasificarea Americană D.M.S. — III 153
Bibliografie 187

Tiparul executat sub cd. 5,
la S.C. „Dosoftei" S.A. Iași,
Str. Sfintu Lazăr nr. 49

2 vol. 50000